

關係資料

1. 医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—（平成20年4月）

本編は、第三次試案の内容について、パラグラフごとに、法律で対応する事項（大綱案に規定）、政省令で対応する事項、委員会が定める実施要領・規則で対応する事項等にそれぞれ区分して明記したものである。

医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の
原因究明・再発防止等の在り方に関する試案

— 第三次試案 —

平成20年4月

厚生労働省

本試案の内容は、厚生労働省、法務省及び警察庁の間で合意したものである。

1 はじめに

- (1) 医療の安全の確保は、我が国の医療政策上の重要課題であり、とりわけ死亡事故について、その原因を究明し再発防止を図ることは、国民の切なる願いである。医療関係者には、その願いに応えるよう、最大限の努力を講ずることが求められる。一方で、診療行為とは、人体に対する侵襲を前提とし一定の危険性が伴うものであり、場合によっては、死亡等の不幸な帰結につながる場合があり得る。
- (2) 医療の安全を向上させていくためには、医療事故による死亡（以下「医療死亡事故」という。）が発生した際に、解剖や診療経過の評価を通じて事故の原因を究明し、再発防止に役立てていく仕組みが必要である。また、遺族にはまず真相を明らかにしてほしいとの願い、そして同様の事態の再発防止を図ってほしいとの願いがある。

※ 医療事故とは、過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む。
- (3) しかし、死因の調査や臨床経過の分析・評価等については、これまで行政における対応が必ずしも十分ではなく、結果として民事手続や刑事手続にその解決が期待されている現状にあるが、これらは必ずしも原因の究明につながるものではない。このため、医療の安全の確保の観点から、医療死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を設ける必要がある。
- (4) さらに、このような新しい仕組みの構築は、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につながるとともに、医師等が萎縮することなく医療を行える環境の整備にも資するものと考えられる。
- (5) 本試案は、医療死亡事故の原因究明・再発防止という仕組みについて、平成19年4月に設置した厚生労働省医政局長の私的懇談会である「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」での議論や平成19年10月に公表した厚生労働省第二次試案への各方面からの意見を参考に、改めて現時点における厚生労働省としての考え方をとりまとめたものである。

2 医療安全調査委員会（仮称）について

【委員会の設置】

法

(6) 医療死亡事故の原因究明・再発防止を行い、医療の安全の確保を目的とした、国の組織（医療安全調査委員会（仮称）。以下「委員会」という。）を創設する。（別紙1参照）

法

(7) 委員会は、医療関係者の責任追及を目的としたものではない。

法

(8) 委員会の設置場所については、医療行政について責任のある行政機関である厚生労働省とする考えがある一方で、医師や看護師等に対する行政処分を行う権限が厚生労働大臣にあり、医療事故に関する調査権限と医師等に対する処分権限を分離すべきとの意見も踏まえ、今後更に検討する。

法

(9) 委員会は、中央に設置する委員会（医療の安全を確保するために講ずべき再発防止策の提言を主目的とする委員会。）、地方ブロック単位に設置する委員会（調査を主目的とする委員会。以下「地方委員会」という。）及び地方委員会の下に事例毎に置かれる調査チームより構成することを中心に検討する。

委員会が定める実施要領

(10) 調査チームは、関係者からの意見や解剖の結果に基づいて、臨床経過の評価等についてチームとして議論を行い、調査報告書案を作成する。調査チームのメンバーは、臨床医を中心として構成し、具体的には、日本内科学会が関連学会と協力して実施中の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（以下「モデル事業」という。）の解剖担当医2名、臨床医等5～6名、法律家やその他の有識者1～2名という構成を参考とする。

法

(11) 地方委員会は、調査チームの作成した調査報告書案を審議の上、委員会の調査報告書としてとりまとめる。

法

(12) 中央に設置する委員会は、委員会の基本的な運営方針等を定めるとともに、医療の安全の確保のための施策等に関して関係行政機関等への勧告、建議等を行う。

法

(13) 中央に設置する委員会、地方委員会及び調査チームは、いずれも、医療の専門家（解剖担当医（病理医や法医）や臨床医、医師以外の医療関係者（例えば、歯科医師・薬剤師・看護師）を中心に、法律関係者及びその他の有識者（医療を受ける立場を代表する者等）の参画を得て構成することとする。（別紙2参照）

法

(14) 調査対象となる個別事例の関係者は、地方委員会による調査に従事させないこととする。なお、委員会が適切に機能するためには、何よりも国民の信頼を得るものでなければならず、委員には中立性と高い倫理観が求められる。

法

(15) 上記の業務を支える事務局の中央及び地方ブロック単位の設置についても併せて検討する。

【医療死亡事故の届出】

医療法

(16) 医療死亡事故の再発防止、医療に係る透明性の向上等を図るため、医療機関からの医療死亡事故の届出を制度化する。

医療法

(17) 届出義務の範囲については、死亡事例すべてとするのではなく、現行の医療事故情報収集等事業における届出範囲を踏まえ、図表のとおり、明確化して限定する。

法

(18) 届出先は委員会を所管する大臣とし、当該大臣が届け出られた事例を地方委員会に連絡し、これに基づき地方委員会は調査を開始することとする。

医師法

(19) 医師法第 21 条を改正し、医療機関が届出を行った場合にあっては、医師法第 21 条に基づく異状死の届出は不要とする。

医療法に
基づく告示

(20) 図表の届出範囲①は、明らかに誤った医療行為に起因して患者が死亡した事例（その行った医療に起因すると疑われるものを含む。）であり、例えば、塩化カリウムの急速な静脈内への投与による死亡や、消毒薬の静脈内への誤注入による死亡等が想定される。また、届出範囲②は、誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して患者が死亡した事例（行った医療に起因すると疑われるものを含む。）であって、死亡を予期しなかったものである。例えば、ある診療行為を実施することに伴い一定の確率で発生する事象（いわゆる合併症）としては医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡やその疑いのあるものが想定される。

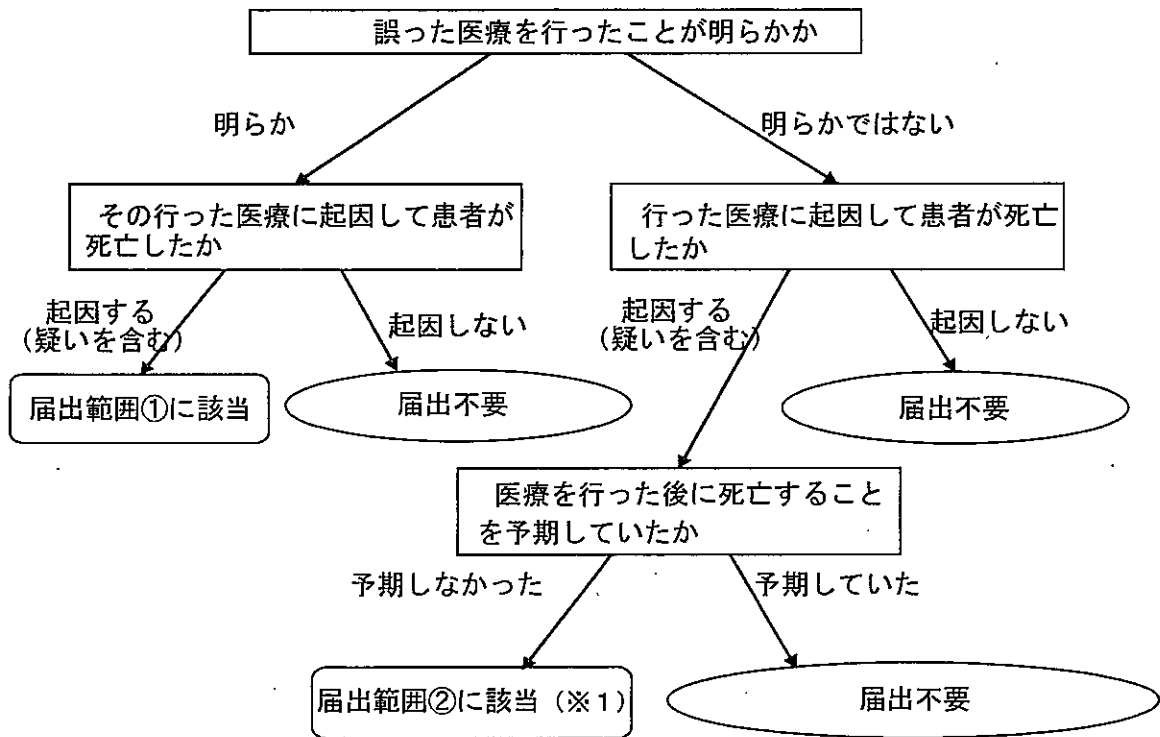
医療法

(21) 医療法では医療機関における医療安全管理の責任は、その管理者にあることを踏まえ、届出範囲に該当するか否かの判断及び届出は、死体を検案した医師（主治医等）ではなく、必要に応じて院内での検討を行った上で、当該医療機関の管理者が行うこととする。

(図表)

医療安全調査委員会（仮称）へ届け出べき事例は、以下の①又は②のいずれかに該当すると、医療機関において判断した場合。（①及び②に該当しないと医療機関において判断した場合には、届出は要しない。）

- ① 誤った医療を行ったことが明らかであり、その行った医療に起因して、患者が死亡した事案（その行った医療に起因すると疑われるものを含む。）。
- ② 誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して、患者が死亡した事案（行った医療に起因すると疑われるものを含み、死亡を予期しなかったものに限る。）。（※1）



※1 例えば、ある診療行為を実施することに伴い一定の確率で発生する事象（いわゆる合併症）としては医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡やその疑いのあるものが想定される。

医療法

(22) 届出範囲に該当すると医療機関の管理者が判断したにもかかわらず故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合や、管理者に報告が行われなかった等の医療機関内の体制に不備があったために届出が行われなかった場合には、医療機関の管理者に、まずは届け出るべき事例が適切に届け出られる体制を整備すること等を命令する行政処分を科すこととする。このように、届出義務違反については、医師法第21条のように直接刑事罰が適用される仕組みではない。

医療法の
解釈

(23) 医療機関の管理者が、医師の専門的な知見に基づき届出不要と判断した場合には、遺族が地方委員会による調査の依頼を行ったとしても、届出義務違反に問われることはない。

委員会が
定める
規則

(24) 届出の手續や調査の手續等に関する医療機関からの相談を受け付ける機能を整備する。

【遺族から地方委員会への調査依頼】

施行規則
法

(25) 上記の届出範囲に該当しないと医療機関が判断した場合であっても、遺族が原因究明を求める場合は、地方委員会による調査を大臣に依頼することができるものとする。また、このような地方委員会への調査依頼については、遺族に代わって医療機関が行うこともできることとする。

実施要領

予算措置

(26) 地方委員会への調査依頼に係る手續や地方委員会による調査の手續等について、遺族からの相談を受け付ける機能を委員会及び各都道府県等に設置された医療安全支援センター等に整備していく。また、委員会の役割や相談方法について、国は広く国民に周知する。

【地方委員会による調査】

(27) 個別事例の調査は、原則として、遺族の同意を得て解剖が行える事例について以下の手順で地方委員会の下に置かれる調査チームが行う。なお、既に遺体のない事例等についても地方委員会が必要と認める場合には調査を行う。

- ① まずは医療機関に診療録等の提出を求めるとともに、医療関係者や遺族等への聞き取り調査等を行う。これらの業務は、医師や看護師など医療の知識を有する者を含む事務局が中心となって行う。
- ② 臨床的な見解を踏まえて、解剖担当医が解剖を行って解剖結果をとりまとめる。

※ 死亡時画像診断等を補助的手段として活用することも今後の検討課題である。

- ③ 診療録等や解剖結果に基づき臨床医等の医療関係者がとりまとめた臨床経過の評価を基に、解剖担当医や臨床医、法律家等からなる調査チームが、死因、死亡等に至る臨床経過、診療行為の内容や背景要因、再発防止策等についての評価・検討を行い、調査報告書案をとりまとめる。

※ これらの評価・検討の際には、医学的観点からの死因究明とシステムエラーの観点を含む医療事故の発生に至った根本原因の分析を行う。(これらの評価・検討は、医療関係者の責任追及を目的としたものではない。)

※ また、評価を行う際には、事案発生時点の状況下を考慮した医学的評価を行う。(再発防止に向けて臨床経過を振り返って今後の医療の安全の向上のために取り得る方策について提案する場合は、その旨を明記した上で記載する。)

- ④ 地方委員会は、調査チームの作成した調査報告書案を審議の上、地方委員会の調査報告書としてとりまとめ、中央に設置する委員会及び所管大臣に提出する。同時に、地方委員会は調査報告書を遺族及び医療機関に交付し、併せて再発防止の観点から、個人情報等の保護に配慮しつつ、公表を行う。
- ⑤ 地方委員会(調査チームを含む。以下同じ。)には、医療機関への立入検査や診療録等の提出命令、医療従事者等の関係者からの聞き取り調査等を行う権限を付与する。ただし、医療従事者等の関係者が、地方委員会からの質問に答えることは強制されない。

- ⑥ 地方委員会は、個別事例の調査を終える前に、当該個別事例に係る医療関係者や遺族等から意見を聴く機会を設けることとする。
- ⑦ 調査報告書のとりまとめに当たっては、地方委員会の議論によって意見の集約を図ることとなるが、議論の結果、地方委員会の委員の間で意見の合致に至らなかった場合は、調査報告書に少数意見を付記することとする。また、地方委員会の意見と当該個別事例に係る医療関係者や遺族等の意見が異なる場合は、その要旨を別に添付することができる。

実施要領

- (28) 調査報告書の作成に当たっては、専門用語について分かりやすい表現を用いるなど、医療関係者以外の者が理解しやすいよう十分配慮する。

実施要領

- (29) 医療機関からの届出又は遺族からの調査依頼を受け付けた後、疾病自体の経過としての死亡であることが明らかとなった事例等については、地方委員会による調査は継続しない。(この場合には、医療機関における説明・調査など、原則として医療機関と遺族の当事者間の対応に委ねることとする。)

予算措置

- (30) 地方委員会の事務局には、モデル事業における「調整看護師」のように、調査の業務を支えるとともに、調査開始後、調査の進捗状況等を遺族に伝えるとともに、遺族の感情を受け止め、それを地方委員会や更には医療機関と共有していく役割を担うことが必要であり、その業務を行える者(看護師等)の育成を図る。

実施要領

- (31) 全国均一に、かつ、継続して適切な評価を行うため、評価の視点や基準についての指針等を作成するとともに、解剖担当医や臨床評価担当医等に対する研修を実施する。

予算措置

【院内事故調査と地方委員会との連携】

- (32) 地方委員会において調査が開始された事例であっても、医療機関は医療を提供した当事者として医療安全の観点から独自に原因究明を行う責務がある。地方委員会に調査をすべて委ねるのでは、当該医療機関内における医療安全の向上に結びつかない。院内において自らも事実関係の調査・整理を行い、原因究明・再発防止策の検討等を行い、再発防止策の実施に自ら取り組むことが重要である。

**医療法
施行規則**

- (33) このため、一定の規模や機能を持った病院(特定機能病院等)については、医療法に基づき設置が義務付けられている「安全管理委員会」の業務として、地方委員会に届け出た事例に関する調査を行い再発防止策を講ずることを位置付ける。

実施要領

(34) 院内において調査・整理された事例の概要や臨床経過一覧表等の事実関係記録については、地方委員会が診療録等との整合性を検証した上で、地方委員会での審議の材料とする。

医療法
施行規則

(35) 一定の規模や機能を持った病院（特定機能病院等）については、安全管理委員会に、事故調査委員会を設置するなどして医療事故調査を行うこととし、①当該医療機関以外の医師や弁護士など外部の委員の参画、②調査結果の患者・家族への説明を行うこととする。なお、その具体的な運営の在り方については、引き続き検討する。また、中小病院や診療所については、自施設での医療事故調査には様々な困難があることから、その支援体制についても併せて検討する。

実施要領

(36) さらに、院内の事故調査を充実させるためにも、地方委員会は、調査チームによる解剖の結果について、できる限り速やかに当該医療機関及び遺族に情報提供し、院内の調査を適切に行うための資料として活用できるようにする。

【中央に設置する委員会による再発防止のための提言等】

法

(37) 調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、中央に設置する委員会は、

- ① 全国の医療機関に向けた再発防止策の提言を行う。この際には、関連する各種学術団体と協働していく必要がある。
- ② 医療機関における安全管理の基準の見直しなど、医療の安全の確保のために講ずべき施策について、関係行政機関に対して勧告・建議を行う。

法

(38) なお、医療事故の再発防止の観点からは、平成16年より財団法人日本医療機能評価機構が、医療事故情報収集等事業を実施している。この事業は、特定機能病院や国立病院機構の病院等の医療機関の参加によるものであるが、患者に有害事象が発生した事例、さらには事故には至らないインシデント（ヒヤリ・ハット）まで含めて幅広く事例の収集・分析を行っている。この収集・分析した情報を日本医療機能評価機構から中央に設置する委員会に情報提供を行うこととし、中央に設置する委員会では、地方委員会の調査報告書だけでなく日本医療機能評価機構からの情報も参考として、再発防止策を検討する必要がある。

【捜査機関への通知】

法

(39) 医療事故による死亡の中にも、故意や重大な過失を原因とするものであり刑事責任を問われるべき事例が含まれることは否定できない。医療機関に対して医療死亡事故の届出を義務付け、届出があった場合には医師法第21条の届出を不要とすることを踏まえ、地方委員会が届出を受けた事例の中にこのような事例を認めた場合については、捜査機関に適時適切に通知を行うこととするが、医療事故の特性にかんがみ、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に限定する。

法

(40) 診療行為そのものがリスクを内在するものであること、また、医療事故は個人の過ちのみではなくシステムエラーに起因するものが多いこと等を踏まえると、地方委員会から捜査機関に通知を行う事例は、以下のような悪質な事例に限定される。

- ① 医療事故が起きた後に診療録等を改ざん、隠蔽するなどの場合
- ② 過失による医療事故を繰り返しているなどの場合（いわゆるリピーター医師など）
- ③ 故意や重大な過失があった場合（なお、ここでいう「重大な過失」とは、死亡という結果の重大性に着目したものではなく、標準的な医療行為から著しく逸脱した医療であると、地方委員会が認めるものをいう。また、この判断は、あくまで医療の専門家を中心とした地方委員会による医学的な判断であり、法的評価を行うものではない。）

3 医療安全調査委員会以外での対応（医療事故が発生した際のその他の諸手続）について

医療安全調査委員会は、医療死亡事故の原因究明及び再発防止を目的としたものであり、その業務は調査報告書の作成・公表及び再発防止のための提言をもって終了する。医療死亡事故が発生した場合の民事手続、行政処分、刑事手続については、委員会とは別に行われるものである。

なお、捜査機関との関係については、別紙3参照。

【遺族と医療機関との関係】

医療法

(41) 一般に、診療行為に関連した予期しない死亡を始めとした医療事故が発生した場合に医療機関に対して求められることは、「隠さない、逃げない、ごまかさない」ことである。こうした初期の対応が適切になされない場合に、患者・家族と医療機関の意思疎通は悪化し、遺族の医療機関への不信感が募り、紛争に発展しているとの意見もある。医療事故の発生時には、医療機関から患者・家族に、事故の経緯や原因等について、十分な説明がなされることが重要である。

予算措置

(42) このためには、日常診療の中で医療従事者と患者・家族が十分な対話を重ねることが重要であり、また、事故発生直後から医療機関内での対応が適切になされる必要があり、患者・家族の感情を受け止め、真摯にサポートする人材の院内の配置が望まれることから、その育成を図る。

(43) また、医療機関と遺族との話し合いを促進する観点から、地方委員会の調査報告書は、第三者による客観的な評価結果として遺族への説明や示談の際の資料として活用されることが想定される。これにより、早期の紛争解決、遺族の救済につながることを期待される。

(44) 医療機関と遺族の間では紛争が解決しない場合の選択肢としては、民事訴訟や裁判所による調停、弁護士会の紛争解決センター等の裁判外紛争解決（ADR）機関の活用等がある。いずれの場合においても、事実関係の明確化と正確な原因究明が不可欠であり、地方委員会の調査報告書は、早期の紛争解決、遺族の早期救済に役立つものと考えられる。

予算措置

- (45) なお、民事訴訟制度による紛争解決には、解決までに時間がかかる、費用が高い、経過や結果が公開される等、様々な制約もあることから、医療においても、裁判外紛争解決（ADR）制度の活用を推進を図る必要がある。このため、医療界、法曹界、医療法に基づき各都道府県等に設置された医療安全支援センター、関係省庁、民間の裁判外紛争解決（ADR）機関等からなる協議会を設置し、情報や意見の交換等を促進する場を設ける。

【行政処分】

- (46) 医療事故は、システムエラーにより発生することが多いことが指摘されているが、医療事故に対する現在の行政処分は、医師法や保健師助産師看護師法等に基づく医療従事者個人の処分が中心となっている。

医療法

- (47) 地方委員会では、医療の安全の観点からの調査が実施されることから、医療事故に対する行政処分は、医療の安全の向上を目的とし、地方委員会の調査結果を参考に、システムエラーの改善に重点を置いたものとする。

- (48) 具体的には、以下のとおりとする。

医療法

- ① システムエラーの改善の観点から医療機関に対する処分を医療法に創設する。具体的には、医療機関に対し、医療の安全を確保するための体制整備に関する計画書の提出を命じ、再発防止策を講ずるよう求める。これにより、個人に対する行政処分については抑制することとする。

医師法に
基づく
行政処分

- ② 医師法や保健師助産師看護師法等に基づく医療従事者個人に対する処分は、医道審議会の意見を聴いて厚生労働大臣が実施している。医療事故がシステムエラーだけでなく個人の注意義務違反等も原因として発生していると認められ、医療機関からの医療の安全を確保するための体制整備に関する計画書の提出等では不十分な場合に限っては、個人に対する処分が必要となる場合もある。その際は、業務の停止を伴う処分よりも、再教育を重視した方向で実施する。

医道審
議会令

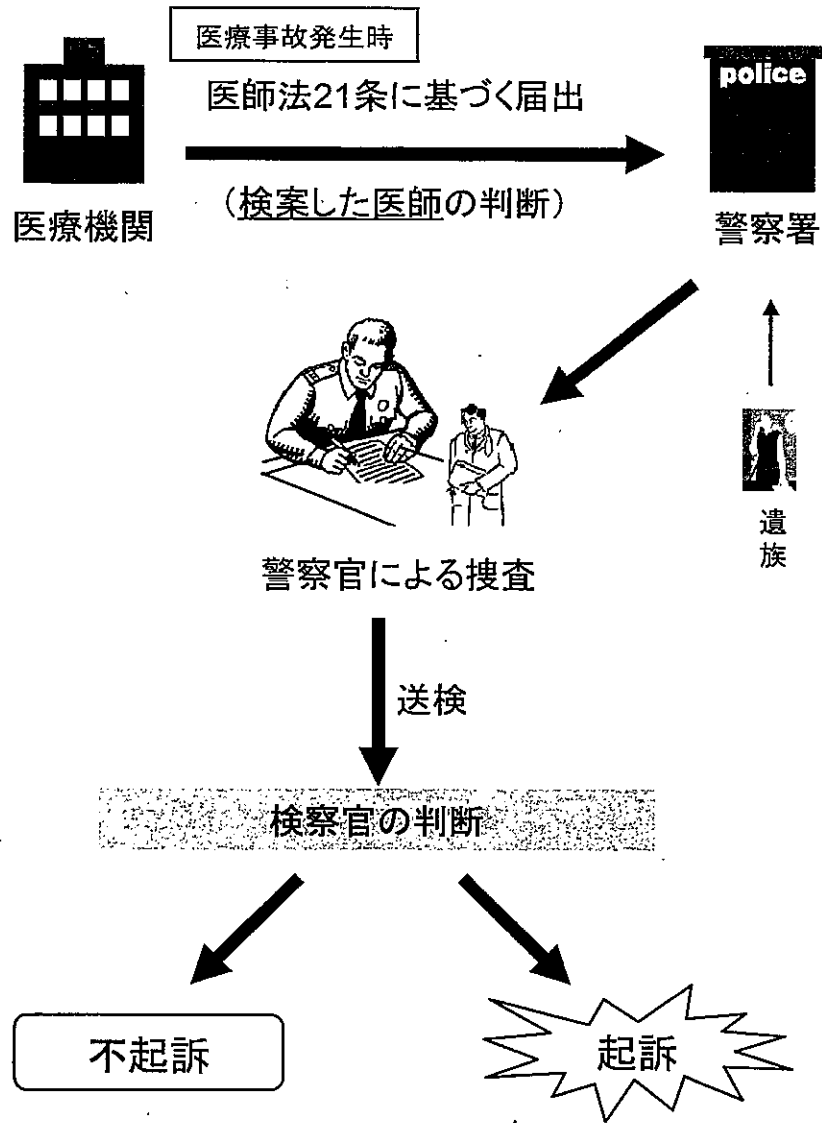
- (49) なお、医療事故に対する行政処分については、医療従事者の注意義務違反の程度その他、医療機関の管理体制、医療体制、他の医療従事者における注意義務の程度等を踏まえて判断する。このため、医道審議会における審議については、見直しを行う。

4 おわりに

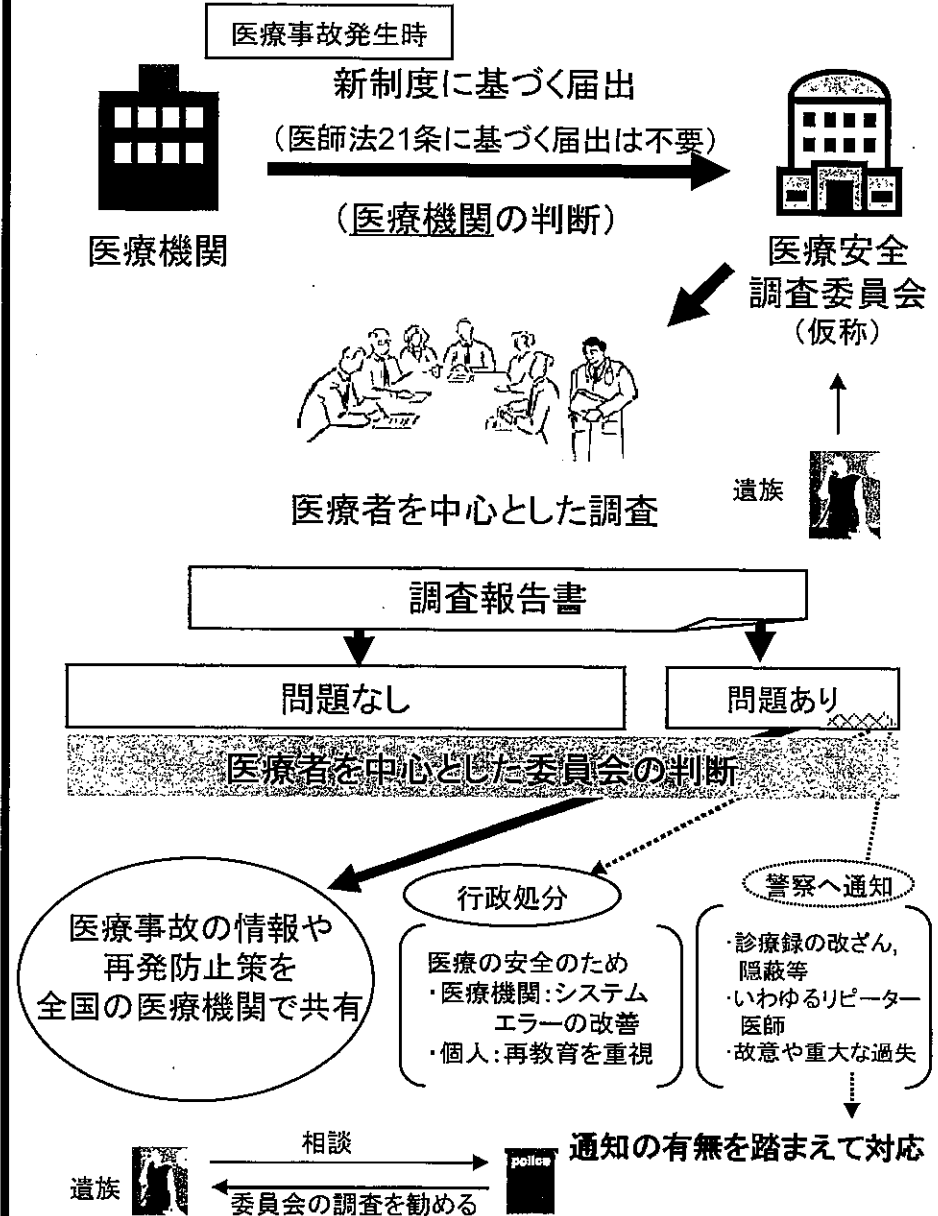
法

- (50) 本制度の実施に当たっては、組織面・財政面の検討を加えた上で法整備を行う必要があるが、施行に当たっては2～3年の準備期間をとるものとする。
- (51) 本制度の確実かつ円滑な実施には、医療関係者の主体的かつ積極的な関与が不可欠となる。今後とも広く関係者はもとより国民的な議論を望むものである。

《現行》

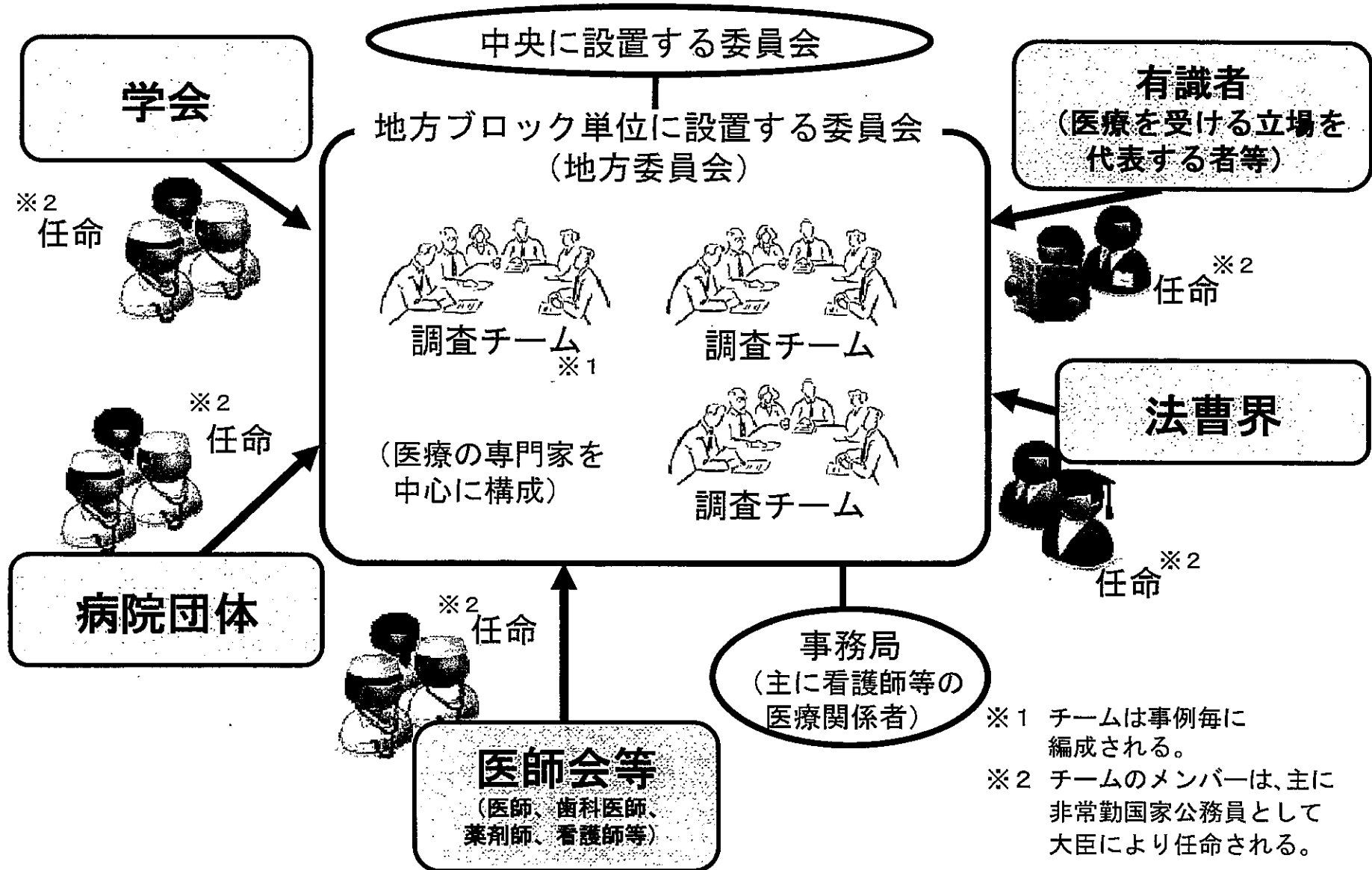


《新制度 (案) 》 (別紙1)



医療安全調査委員会（仮称）の構成

（別紙2）



捜査機関との関係について

- これまで医療関係者を中心に、医療安全調査委員会（以下「委員会」という。）と捜査機関との関係について明確化を求める意見が多く寄せられている。
- 今回の制度は、委員会からの通知を踏まえ、捜査機関が対応するという、委員会の専門的な調査を尊重する仕組みを構築しようとするものである。そのためには、委員会は適時適切に調査及び通知を実施する必要がある。今回提案しているこのような仕組みが構築されれば、以下のようになる。

問1 捜査機関は、捜査及び処分に当たっては、委員会の通知の有無を十分に踏まえるのか。また、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に対象を限定するなど、謙抑的に対応すべきではないか。

(答)

- 1 今回提案している仕組みにおいては、委員会の専門的な調査により、医療事故の原因究明を迅速かつ適切に行い、また、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に限定して捜査機関への通知を行うこととしている。また、委員会の調査結果等に基づき適切な行政処分を実施することとしている。
なお、委員会からの通知は、犯罪事実を申告し犯人の処罰を求める意思表示としての「告発」ではない。
- 2 医療事故についてこうした対応が適切に行われることになれば、刑事手続については、委員会の専門的な判断を尊重し、委員会からの通知の有無や行政処分の実施状況等を踏まえつつ、対応することになる。
- 3 その結果、刑事手続の対象は、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に事実上限定されるなど、謙抑的な対応が行われることとなる。

問2 遺族が警察に相談した場合や、遺族が告訴した場合に、捜査機関の対応はどのようなのか。

(答)

- 1 委員会の専門的な調査により、医療事故の原因究明が迅速かつ適切に行われることになれば、遺族から警察に対して直接相談等があった場合にも、遺族は委員会による調査を依頼することができることから、警察は、委員会による調査を勧めることとなる。
- 2 また、遺族から告訴があった場合には、警察は捜査に着手することとなるが、告訴された事例について委員会による調査が行われる場合には、捜査に当たっては、委員会の専門的な判断を尊重し、委員会の調査の結果や委員会からの通知の有無を十分に踏まえて対応することが考えられる。

問3 委員会の調査結果を受け、行政処分が刑事処分より前になされるようになった場合、検察の起訴や刑事処分の状況は変わるのか。

(答)

- 1 現在、医師法等に基づく処分の大部分は、刑事処分が確定した後に、刑事処分の量刑を参考に実施されているが、委員会の調査による速やかな原因究明により、医療事故については、医療の安全の向上を目的とし、刑事処分の有無や量刑にかかわらず、医療機関に対する医療安全に関する改善命令等が必要に応じて行われることとなる。
- 2 この場合、検察の起訴や刑事処分は、行政処分の実施状況等を踏まえつつ行われることになる。したがって、現状と比べ大きな違いが生ずることとなる。

問4 委員会から捜査機関に通知を行った場合において、委員会の調査報告書やヒアリング資料等の扱いはどうなるのか。

(答)

- 1 委員会の調査報告書については、公表されるものであるため、委員会から捜査機関に通知を行った事例において、捜査機関が調査報告書を使用することを妨げることはできない。

- 2 委員会による調査の目的にかんがみ、調査報告書の作成の過程で得られた資料については、刑事訴訟法に基づく裁判所の令状によるような場合を除いて、捜査機関に対して提出しない方針とする。

2. 医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案（平成20年6月）

医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案

- この「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」は、本年4月に公表した「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案」（第三次試案）の内容を踏まえ、法律案の大綱化をした場合の現段階におけるイメージである。具体的な規定の方法については更に検討を要する。
- また、別添は、第三次試案の内容について、法律で対応する事項（本大綱案に規定）、政省令で対応する事項、委員会が定める実施要領・規則で対応する事項等にそれぞれ区分して明記したものである。
- 本制度の実施に当たっては、行財政改革等の観点から組織面、財政面の検討を加えた上で法整備を行う必要がある。
- 医療死亡事故の原因究明と再発防止を図る仕組みについて、今後とも広く国民的な議論を望むものである。

平成20年6月

厚生労働省

医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案

I 総則

第1 目的

医療安全調査委員会設置法案（仮称。以下「法案」という。）は、医療事故死等の原因を究明するための調査を適確に行わせるため医療安全調査地方委員会を、医療の安全の確保のため講ずべき措置について勧告等を行わせるため医療安全調査中央委員会を設置し、もって医療事故の防止に資することを目的とする。

第2 定義

- 1 この法案において「医療事故死等」とは、第32の（2）の1の医療事故死等をいう。
- 2 この法案において「医療事故死亡者等」とは、医療事故死等に係る当該死亡した者又は死産児をいう。

II 設置及び所掌事務並びに組織等

第3 設置

- 1 〇〇省に、医療安全調査中央委員会（以下「中央委員会」という。）を置く。
- 2 地方〇〇局に、医療安全調査地方委員会（以下「地方委員会」という。）を置く。

注）組織形態については、行財政改革、地方分権改革の検討状況を踏まえ、関係省庁と調整中。

第4 所掌事務

- 1 中央委員会は、次の事務をつかさどる。
 - ① 医療事故死等の原因を究明するための調査（以下「医療事故調査」という。）の実施要領（第12の2において「実施要領」という。）を定めること。
 - ② 第22の1の報告書の分析及び評価を行った結果に基づき、医療の安全の確保のため講ずべき措置について〇〇大臣に対し勧告すること。
 - ③ 医療の安全の確保のため講ずべき措置について〇〇大臣又は関係行政機関の長に対し意見を述べること。
 - ④ 第32の（4）の2によりその権限に属させられた事項を処理すること。
 - ⑤ 所掌事務を行うため必要な調査及び研究を行うこと。
 - ⑥ 所掌事務に関して得られた知識であって、医療の安全の確保に資するものの普及及び啓発に関すること。
 - ⑦ 所掌事務に付随する事務
- 2 地方委員会は、次の事務をつかさどる。
 - ① 医療事故調査を行うこと。
 - ② 所掌事務を行うため必要な調査及び研究を行うこと。
 - ③ 所掌事務に付随する事務

第5 職権の行使

中央委員会及び地方委員会の委員は、独立してその職権を行う。

第6 組織

- 1 中央委員会及び地方委員会は、それぞれ、委員〇人以内で組織する。
- 2 中央委員会及び地方委員会に、特別の事項を調査審議させるため必要があるときは、臨時委員を置くことができる。
- 3 中央委員会及び地方委員会に、専門の事項を調査審議させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

注) 調査チームは、臨時委員、専門委員を中心に構成され、事例毎に置かれる。

第7 委員等の任命

- 1 委員は、その属すべき中央委員会又は地方委員会の所掌事務の遂行につき公正な判断をすることができ、かつ、医療、法律その他その属すべき中央委員会又は地方委員会が行う事務に関し優れた識見を有する者及び医療を受ける立場にある者のうちから、〇〇大臣が任命する。
- 2 臨時委員は、中央委員会又は地方委員会の所掌事務の遂行につき公正な判断をすることができ、かつ、当該特別の事項に関し学識経験を有する者のうちから、〇〇大臣が任命する。
- 3 専門委員は、中央委員会又は地方委員会の所掌事務の遂行につき公正な判断をすることができ、かつ、当該専門の事項に関し学識経験を有する者のうちから、〇〇大臣が任命する。

第8 委員の任期等

- 1 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 2 委員は、再任されることができる。
- 3 臨時委員は、その者の任命に係る当該特別の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。
- 4 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。
- 5 委員、臨時委員及び専門委員は、非常勤とする。ただし、地方委員会の委員のうち△人以内は、常勤とすることができる。

第9 委員長

- 1 中央委員会及び地方委員会に、それぞれ、委員長を置き、委員の互選により選任する。
- 2 委員長は、会務を総理し、それぞれ、中央委員会又は地方委員会を代表する。
- 3 委員長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

第10 議事

- 1 中央委員会及び地方委員会は、それぞれ、委員長が招集する。
- 2 中央委員会及び地方委員会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。
- 3 中央委員会及び地方委員会の議事は、委員及び議事に関係のある臨時委員で会議に出席したものの過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

第11 事務局

- 1 中央委員会及び地方委員会の事務を処理させるため、中央委員会及び地方委員会に、それぞれ、事務局を置く。
- 2 事務局の内部組織は、〇〇省令で定める。

III 医療事故調査及び勧告等

第12 医療事故調査の趣旨及び実施要領

- 1 医療事故調査は、医療事故死等に関する事実を認定し、これについて必要な分析を行い、当該医療事故死等の原因を究明し、もって医療事故の防止を図ることを旨として行われるものとする。委員会は、医療関係者の責任追及が目的ではなく、医療関係者の責任については、委員会の専門的判断を尊重する仕組みとする。
- 2 第12～第22のほか、医療事故調査は、実施要領に基づいて行うものとする。

第13 委員等の職務従事の制限

- 1 地方委員会は、委員、臨時委員又は専門委員が医療事故死等の原因に関係があるおそれのある者であると認めるとき又は医療事故死等の原因に関係があるおそれのある者と密接な関係を有すると認めるときは、当該委員、臨時委員又は専門委員を当該医療事故調査に従事させてはならない。
- 2 1の委員、臨時委員又は専門委員は、当該医療事故調査に関する地方委員会の会議に出席することができない。

注) 中央委員会の委員の職務従事の制限については、更に検討する。

第14 地方委員会への通知

〇〇大臣は、第32の(2)又は(3)により医療事故死等について届出があったときは、直ちに当該医療事故死等を届け出た管理者の管理する病院、診療所又は助産所の所在地を管轄する地方〇〇局に置かれた地方委員会にその旨を通知しなければならない。

第15 遺族からの医療事故調査の求め等

- 1 医療に係る事故に起因して死亡又は死産したと疑う当該死亡した者又は死産児の遺族は、〇〇大臣に対し、地方委員会に医療事故調査を行わせることを求めることができる。
- 2 〇〇大臣は、遺族から1の求めがあったときは、直ちに当該求めに係る死亡又は死

産が発生した地を管轄する地方〇〇局に置かれた地方委員会にその旨を通知しなければならない。

注) 遺族からの調査の求めの手續は、病院等の管理者が代行することができる。(施行規則)

第16 医療事故調査の開始

- 1 地方委員会は、第14の通知を受けたときは、当該通知に係る医療事故死等について、直ちに医療事故調査を開始しなければならない。
- 2 地方委員会は、第15の2の通知に係る死亡又は死産について、医療事故死等でないと認められるとき、同一の死亡又は死産について第22の1の報告書が作成されているときその他の場合を除いて、直ちに医療事故調査を開始しなければならない。
- 3 地方委員会は、第15の2の通知に係る死亡又は死産について調査を開始しない場合には、直ちにその旨及び理由を遺族に通知しなければならない。

第17 医療事故調査に係る報告の徴収等

- 1 地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、次の処分をすることができる。
 - ① 医師、歯科医師、薬剤師、助産師、看護師その他の医療事故死等について医療を提供した者その他の関係者(以下②及び③並びに3において「関係者」という。)に報告を求めること。
 - ② 医療事故死等が発生した病院、診療所、助産所その他の必要と認める場所に立ち入って、構造設備若しくは医薬品、診療録、助産録、帳簿書類その他の医療事故死等に関係のある物件(以下「関係物件」という。)を検査し、又は関係者に質問すること。
 - ③ 関係者に出頭を求めて質問すること。
 - ④ 関係物件の所有者、所持者若しくは保管者に対し当該関係物件の提出を求め、又は提出された関係物件を留め置くこと。
 - ⑤ 関係物件の所有者、所持者若しくは保管者に対し当該関係物件の保全を命じ、又はその移動を禁止すること。
 - ⑥ 医療事故死等の現場に、公務により立ち入る者及び地方委員会が支障がないと認める者以外の者が立ち入ることを禁止すること。
- 2 地方委員会は、必要があると認めるときは、委員、臨時委員、専門委員又は事務局の職員に1の①～⑥の処分をさせることができる。
- 3 2により1の②の処分をする者は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。
- 4 1又は2の処分の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

第18 死体の解剖及び保存

- 1 地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、医療事故死亡者等の死体又は死胎を、原則として遺族の承諾を得て解剖することができる。

- 2 1の解剖は、刑事訴訟法による検証又は鑑定のための解剖を妨げるものではない。
- 3 1により医療事故死亡者等の死体又は死胎を解剖する場合には、死体解剖保存法第19条にかかわらず、原則として遺族の承諾を得て、その死体又は死胎の一部を標本として保存することができる。

第19 医療事故調査等の委託

- 1 地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、調査又は研究の実施に関する事務の一部を、独立行政法人、国立大学法人、地方独立行政法人その他の民間の団体又は学識経験を有する者に委託することができる。
- 2 1により事務の委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由がなく、当該委託事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
- 3 1により事務の委託を受けた者又はその役員若しくは職員であって当該委託事務に従事するものは、刑法その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

第20 関係行政機関等の協力

地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、関係行政機関の長、関係地方公共団体の長その他の関係者に対し、資料又は情報の提供その他の必要な協力を求めることができる。

第21 意見の聴取

地方委員会は、医療事故調査を終える前に、当該医療事故死等の原因に関係があると認められる者及び当該医療事故死亡者等の遺族に対し、意見を述べる機会を与えなければならない。

第22 報告書等

- 1 地方委員会は、医療事故調査を終えたときは、当該医療事故死亡者等に関する次の事項を記載した報告書を作成し、これを〇〇大臣及び中央委員会に提出するとともに、当該医療事故死等について〇〇大臣に届け出た病院、診療所又は助産所の管理者及び当該医療事故死亡者等の遺族に交付し、かつ、公表しなければならない。
 - ① 医療事故調査の経過
 - ② 臨床の経過
 - ③ 死体又は死胎の解剖の結果
 - ④ 死亡又は死産の原因
 - ⑤ 臨床の経過の医学的な分析及び評価
 - ⑥ その他必要な事項
- 2 1の報告書には、少数意見を付記するものとする。
- 3 第21により聴取した病院、診療所又は助産所の管理者又は遺族の意見が1の報告

書の内容と相違する場合には、当該報告書には、当該意見の概要を添付するものとする。

- 4 地方委員会は、医療事故調査を終える前においても、医療事故調査を開始した日から6月以内に医療事故調査を終えることが困難であると見込まれることその他の事由により必要があると認めるときは、医療事故調査の経過について、〇〇大臣及び中央委員会に報告するとともに、当該医療事故死等について〇〇大臣に届け出た病院、診療所又は助産所の管理者及び当該医療事故死亡者等の遺族に通知し、かつ、公表するものとする。

第23 勧告

- 1 中央委員会は、地方委員会から第22の1の報告書の提出を受けた場合において、当該報告書の内容の分析及び評価を行った結果に基づき、必要があると認めるときは、医療の安全を確保するため講ずべき措置について〇〇大臣に勧告することができる。
- 2 〇〇大臣は、1の勧告に基づき講じた措置について中央委員会に報告しなければならない。

第24 意見の陳述

中央委員会は、必要があると認めるときは、医療の安全を確保するため講ずべき措置について〇〇大臣又は関係行政機関の長に意見を述べることができる。

IV 雑則

第25 警察への通知

第14又は第15の2の通知を受けた地方委員会は、当該医療事故死等について、次の場合に該当すると思料するときは、直ちに当該医療事故死等が発生した病院、診療所又は助産所の所在地を管轄する警視總監又は道府県警察本部長にその旨を通知しなければならない。

- ① 故意による死亡又は死産の疑いがある場合
- ② 標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡又は死産の疑いがある場合

注) ②に該当するか否かについては、病院、診療所等の規模や設備、地理的環境、医師等の専門性の程度、緊急性の有無、医療機関全体の安全管理体制の適否（システムエラー）の観点等を勘案して、医療の専門家を中心とした地方委員会が個別具体的に判断することとする。

- ③ 当該医療事故死等に係る事実を隠ぺいする目的で関係物件を隠滅し、偽造し、又は変造した疑いがある場合、類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた疑いがある場合その他これに準ずべき重大な非行の疑いがある場合

注) 「類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた」とは、いわゆるリピーター医師のことであり、例えば、過失による医療事故死等を繰り返し発生させた場合をいう。

第26 権限の委任

この法案の〇〇大臣の権限は、地方〇〇局長に委任することができる。

第27 政令への委任

この法案に定めるもののほか、中央委員会又は地方委員会に関し必要な事項は、政令で定める。

第28 不利益取扱いの禁止

何人も、第17の1又は2の処分に応ずる行為をしたことを理由として、解雇その他の不利益な取扱いを受けない。

V 罰則

第29

第19の2に違反した者は、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

第30

次の①～⑤のいずれかに該当する者は、30万円以下の罰金に処する。

- ① 第17の1の①又は第17の2の報告の求めに対し虚偽の報告をした者
- ② 第17の1の②又は第17の2の検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は第17の1の②又は第17の2の質問に対し虚偽の陳述をした者
- ③ 第17の1の③又は第17の2の質問に対し虚偽の陳述をした者
- ④ 第17の1の④又は第17の2の処分に違反して関係物件を提出しない者
- ⑤ 第17の1の⑤又は第17の2の処分に違反して関係物件を保全せず、又は移動した者

第31

法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して第30の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対して第30の罰金刑を科する。

VI 関係法律の改正

第32 医療法の一部改正

(1) 病院等の管理者の医療事故に関する説明義務

病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故が発生したときは、その経過及び原因について患者又はその家族への適切な説明が行われるようにしなければならない。

(2) 病院等の管理者の医療事故死等に関する届出義務等

- 1 病院若しくは診療所に勤務する医師が死体若しくは妊娠4月以上の死産児を検案し、

又は病院若しくは診療所に勤務する歯科医師が死亡について診断して、(4)の1の基準に照らして、次の死亡又は死産(以下「医療事故死等」という。)に該当すると認めるときは、その旨を当該病院又は診療所の管理者に報告しなければならない。

- ① 行った医療の内容に誤りがあるものに起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産
 - ② 行った医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、その死亡又は死産を予期しなかつたもの
- 2 病院、診療所又は助産所に勤務する助産師は、妊娠4月以上の死産児の検案をして、(4)の1の基準に照らして、医療事故死等に該当すると認めるときは、その旨を当該病院、診療所又は助産所の管理者に報告しなければならない。
 - 3 1又は2の報告は、医療事故死等に該当すると認めるときから24時間以内に行わなければならない。
 - 4 1又は2の報告を受けた病院、診療所又は助産所の管理者は、必要に応じて速やかに診断又は検案をした医師、歯科医師又は助産師その他の関係者と協議し、(4)の1の基準に照らして、医療事故死等と認めるときは、直ちに、〇〇省令で定める事項を〇〇大臣に届け出なければならない。
 - 5 病院、診療所又は助産所の管理者は、1又は2の報告を受けた旨、4の協議の経過(協議をしなかつたときは、その理由)及び医療事故死等に該当すると認められた理由又は認めなかつた理由に関する記録を作成し、当該報告をした日又は協議をした日のいずれか遅い日から起算して5年間、これを保存しなければならない。

(3) 病院等に勤務する医師が当該病院等の管理者であるときの医療事故死等に関する届出義務等

- 1 病院、診療所又は助産所に勤務する医師、歯科医師又は助産師が当該病院、診療所又は助産所の管理者であるときは、(4)の1の基準に照らして、医療事故死等に該当すると認めるときは、24時間以内に、〇〇省令で定める事項を〇〇大臣に届け出なければならない。
- 2 病院、診療所若しくは助産所に勤務する医師、歯科医師若しくは助産師以外の医師、歯科医師若しくは助産師又は公衆若しくは特定多数人のため往診のみによって診療に従事する医師若しくは歯科医師若しくは出張のみによって業務に従事する助産師は、(4)の1の基準に照らして、医療事故死等に該当すると認めるときは、24時間以内に、〇〇省令で定める事項を〇〇大臣に届け出なければならない。
- 3 1又は2の医師、歯科医師又は助産師は、医療事故死等に該当すると認められた理由又は認めなかつた理由に関する記録を作成し、届出をした日から起算して5年間、これを保存しなければならない。

注) 診療所等の管理者の届出に当たって、管理者からの相談に答えられるよう、医療安全調査委員会における相談体制のみではなく、医師専門職団体等による相談体制の整備についても検討する。

(4) 医療事故死等に該当するかどうかの基準

- 1 ○○大臣は、(2)の1、2及び4並びに(3)の1及び2の報告及び届出を適切にさせるため、医療事故死等に該当するかどうかの基準を定め、これを公表するものとする。
- 2 ○○大臣は、1の基準を定め、又はこれを改定しようとするときは、医学医術に関する学術団体及び医療安全調査中央委員会の意見を聴かなければならない。

(5) 医療事故死等の届出義務違反に対する体制整備命令等

- 1 ○○大臣は、病院、診療所若しくは助産所に勤務する医師、歯科医師若しくは助産師が(2)の1若しくは2に違反して報告を怠り、若しくは虚偽の報告をしたとき又は病院、診療所若しくは助産所の管理者若しくは病院、診療所若しくは助産所に勤務する医師、歯科医師若しくは助産師以外の医師、歯科医師若しくは助産師若しくは公衆若しくは特定多数人のため往診のみによって診療に従事する医師若しくは歯科医師若しくは出張のみによって業務に従事する助産師が(2)の4若しくは(3)の1若しくは2に違反して届出を怠り、若しくは虚偽の届出をしたとき若しくは(2)の5若しくは(3)の3に違反して記録を作成せず、若しくは保存せず、若しくはこれらに記載し、若しくは記録すべき事項を記載せず、若しくは記録せず、若しくは虚偽の記載若しくは記録をしたときは、直ちに、その届出を行わせ、又は届出の内容を是正させることを命ずるとともに、(2)の1若しくは2の報告、(2)の4若しくは(3)の1若しくは2の届出又は(2)の5若しくは(3)の3の記録を適切にするために必要な体制の整備を命ずることができる。
- 2 ○○大臣は、1の命令をすべきか否かを調査する必要があると認めるときは、当該事案に関係する者から報告を徴し、(2)の5若しくは(3)の3の記録、診療録、助産録、帳簿書類その他の物件（以下この条において「関係物件」という。）の所有者に対し、当該関係物件の提出を命じ、又は当該職員をして当該病院、診療所、助産所その他の場所に立ち入り、関係物件を検査させることができる。
- 3 2によって立入検査をする当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。また、2の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。
- 4 ○○大臣が1又は2の権限を行うときは、当該病院、診療所又は助産所の業務を監督する都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長と密接な連携の下に行うものとする。

(6) 病院等におけるシステムエラーに対する改善計画等

都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置の内容が著しく適当でないと認めるときは、当該病院、診療所又は助産所の管理者に対し、措置すべき事項及び期限を示し、当該病院、診療所若しくは助産所における医療の安全を確保するための改善計画の提出を

求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又は当該病院、診療所若しくは助産所の医療の安全を確保するために必要な措置を採ることを命ずることができる。

(7) ○○大臣から都道府県知事等への情報提供

○○大臣は、都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長に対し、(6)及び医療法第4章第3節(監督)の事務の適正な遂行に資すると認める第22の1の報告書に関する情報その他必要な情報を提供するものとする。

(8) 都道府県知事等から○○大臣への通知

都道府県知事、保健所を設置する市の市長及び特別区の区長は、○○省令の定めるところにより、病院、診療所及び助産所に関し、○○省令で定める事項を○○大臣に通知しなければならない。

注) 都道府県知事等は、医療監視等において医療事故死等の届出義務違反を確認したときは、○○大臣に通知しなければならないこととする。

(9) 罰則

- 1 (5)の1又は(6)の命令又は処分に違反した者は、これを6月以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。
- 2 (2)の5に違反した者及び(5)の2の報告若しくは提出を怠り、若しくは虚偽の報告をし、又は当該職員の検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者は、これを20万円以下の罰金に処する。

第33 医師法第21条の改正

第21条 医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に、その旨を検案をした地の所轄警察署長に届け出なければならない。ただし、当該死体又は死産児について第32の(2)の1の報告又は第32の(3)の1若しくは2の届出を24時間以内にしたときは、この限りでない。

注) 現行の医師法第21条

第21条 医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

第34 保健師助産師看護師法第41条の改正

第41条 助産師は、妊娠4月以上の死産児を検案して異常があると認めるときは、24時間以内に、その旨を検案をした地の所轄警察署長に届け出なければならない。ただし、当該死産児について第32の(2)の2の報告又は第32の(3)の1若しくは2の届出を24時間以内にしたときは、この限りでない。

注) 現行の保健師助産師看護師法第41条

第41条 助産師は、妊娠4月以上の死産児を検案して異常があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署にその旨を届け出なければならない。

第35 介護保険法の改正

介護老人保健施設について第32を準用する。

Ⅶ 施行期日等

第36 施行期日

この法案は、公布の日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、次の①及び②は、それぞれに定める日から施行する。

① 第38 公布の日

② I、II（中央委員会に係る部分に限る。）、第27 公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日

第37 検討

政府は、この法案の施行後5年を目途として、この法案の施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

第38 準備行為

〇〇大臣は、中央委員会及び地方委員会がこの法案の施行の時ににおいて業務を円滑に開始するため、この法案の施行の日（以下「施行日」という。）前においても、医療事故調査の試行的な実施その他の必要な準備行為をすることができる。

第39 遺族からの医療事故調査の求め等に関する経過措置

第15の1並びに第32の(2)及び(3)は、施行日以後の死亡又は死産から適用する。

3. 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」及び「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」に寄せられた主な御意見と現時点における厚生労働省の考え（平成20年10月）

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」

及び

「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」に寄せられた主な御意見と現時点における厚生労働省の考え

平成20年10月

厚生労働省

1. 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」及び「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」について、平成20年4月4日から9月30日までに電子メール等により提出のあった御意見（総計延べ732件）のうち
の主なものと、それに対する現時点における厚生労働省としての考えをお示ししています。

2. 御意見については、引き続き募集しています。

いただいた御意見の概要

1. 集計期間

平成20年4月4日 ～ 平成20年9月30日

2. 御意見の総数

延べ 732件 (団体：82件 個人：650件)

3. 団体の構成

・医療職能団体	14件	
・医学関係学会	23件	
・病院関係団体他	29件	
・患者団体・弁護士団体他	16件	(計82件)

4. 個人の構成

(1) 職業構成

・医療従事者	504件	・一般	96件	
・法曹・警察関係職種	8件	・不詳	42件	(計 650件)

ア 医療従事者の内訳

・医療機関管理者	140件	・薬剤師	4件	
・医師(管理者を除く)	351件	・看護師	4件	
・歯科医師(管理者を除く)	1件	・その他医療従事者	4件	(計 504件)

イ 法曹・警察関係職種の内訳

・弁護士	8件	・法学部教員	0件	
・裁判官	0件	・警察官	0件	
・検察官	0件	・その他法曹・司法関係者	0件	(計 8件)

(2) 医療紛争の経験者

・医療紛争の当事者になったことがある	136件
・医療紛争の当事者になってはいないが、 身近で見聞きしたことがある	286件
・経験なし	179件
・不詳	49件

目 次

- 1 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案―第三次試案―」(以下「第三次試案」という。)と「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」(以下「大綱案」という。)との関係はどのようになっているのか。第三次試案に記載されていて大綱案に記載されていない内容についてはどのように取り扱われるのか。また、第三次試案に対する意見が大綱案に反映されていないのではないか。
----- 1
- 2 医療安全調査委員会における調査結果が、結果として責任追及に使用される仕組みになっているのではないか。
----- 2
- 3 医療安全調査委員会は、世界保健機関(WHO)が平成17年に公表した「有害事象の報告及び学習の仕組みに関するガイドライン案」に沿ったものとするべき。
----- 3
- 4 医療安全調査委員会を厚生労働省に設置することとすると、医療行政を所管する厚生労働省の問題点の追及ができなくなったり、調査と処分の権限が厚生労働省に集中したりするおそれがあることから、医療安全調査委員会は内閣府に設置するなど、厚生労働省外に設置すべき。
----- 4
- 5 地方委員会は地方分権の観点から、国の組織ではなく都道府県に設置すべき。
----- 5
- 6 調査の対象には、死亡・死産だけではなく、障害が残った場合等も含めるべき。
----- 5
- 7 医療事故死等の届出の範囲を明確化すべき。
----- 6
- 8 医療事故死等の届出がされた後、医療安全調査委員会において調査を行うかどうか判断すべき。
----- 6
- 9 まずは院内の事故調査委員会が調査する仕組みとすべき。
----- 7

10	地方委員会の調査チームは、医療事故死等の調査が目的であることから、医療関係者のみで構成すべき。	8
11	解剖を行う医師を含め、調査に従事する医師の確保はできるのか。	8
12	遺族の承諾がなくても解剖することができるようにすべき。	9
13	地方委員会の調査に関し、関係物件の調査拒否や質問に対する虚偽の報告に対する違反について新たな刑罰が設けられているのではないか。	10
14	第三次試案においては「医療関係者等の関係者が、地方委員会からの質問に答えることは強制されない。」とされているが、大綱案においては記載されていないのではないか。	11
15	地方委員会から警察への通知に関する御意見について <ul style="list-style-type: none"> ・ 通知を行う仕組みは削除すべき。 ・ 通知は故意による死亡等及び医療事故死等に係る事実を隠ぺいする目的で関係物件を隠滅するなどの場合にのみ行うべきであり、「標準的な医療から著しく逸脱した」場合や「類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた」場合については通知は行わないこととすべき。 ・ 通知がなければ警察は捜査に着手しない仕組みとすべき。 	12
16	地方委員会から警察への通知を行うもののうち、「標準的な医療から著しく逸脱した医療」の定義はあいまいであり、明確化すべき。	13
17	地方委員会の報告書は、刑事裁判や民事裁判の証拠として利用されないこととすべき。	14
18	医師法第21条について、診療行為に関連した死亡については届出の対象から除くべき。	15

- 19 医療行為については、正当な業務行為として刑法の業務上過失致死傷罪の対象外とすべき。又は、遺族の告訴を必要とする「親告罪」とすべき。
----- 15
- 20 諸外国においては、医療行為について刑事責任が問われることはないのではないか。
----- 16
- 21 過失のない医療行為による医療事故死等であっても、補償が行われる制度を創設すべき。
----- 16
- 22 裁判外紛争解決手続(ADR)を整備すべき。
----- 17
- 23 法案の施行後5年を目途とした見直しの検討では遅すぎるのではないかと。
----- 17

1 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」（以下「第三次試案」という。）と「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」（以下「大綱案」という。）との関係はどのようになっているのか。第三次試案に記載されていて大綱案に記載されていない内容についてはどのように扱われるのか。また、第三次試案に対する意見が大綱案に反映されていないのではないか。

本年4月に公表した第三次試案は、医療事故死等の原因究明・再発防止等を行う制度について、法律で対応するものだけでなく、政省令、予算措置、運用面等で対応するものも含めた全体像を示したものです。

他方、6月に大綱案として提示したものは、第三次試案の内容のうち法律で対応する事項について抽出し、法律案に近い形で取りまとめた場合のイメージを示しているものです。このため、第三次試案において示されている内容が大綱案において示されていない場合であっても、それらの内容が削除されたということではありません。

また、大綱案においては、第三次試案に寄せられた御意見等を踏まえ、第三次試案の内容と比較して明確化を図るなどの対応を行っており、それらについては、大綱案の公表の際に、「第三次試案に寄せられた主な意見と大綱案のポイント」（別添参照）として取りまとめているところです。

（参考：大綱案 表紙）

2 医療安全調査委員会における調査結果が、結果として責任追及に使用される仕組みになっているのではないか。

本制度においては、医療事故による死亡について、医療関係者を中心に、法律関係者及びその他の有識者の参画を得て構成される医療安全調査委員会により、原因の調査や臨床経過の分析・評価等が行われます。医療安全調査委員会は、医療関係者の責任追及を目的とするものではなく、医療関係者の責任については、以下のように、医療安全調査委員会の専門的判断が尊重される仕組みを提案しているものです。

- ・ 刑事手続については、これまでは医療に関する専門家の判断とは別に捜査機関による手続が進められてきましたが、医療安全調査委員会による迅速かつ適切な原因究明や捜査機関への適時適切な通知が行われることになれば、捜査機関は、医療安全調査委員会の専門的な判断を尊重し、医療安全調査委員会からの通知の有無や行政処分の実施状況等を踏まえつつ対応することとなり、その結果、刑事手続の対象は、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に事実上限定されるなど、謙抑的な対応が行われることとなります。
- ・ 行政処分については、医療安全調査委員会の調査結果を参考にしたシステムエラーの改善に重点を置くものとし、個人に対する行政処分は抑制することとなりますが、個人に対する処分が必要となる場合であっても、業務の停止を伴う処分よりも、再教育を重視した方向で実施されることとなります。

(参考：第三次試案(7)、(47)、(48)、別紙3問1、
大綱案第12の1、第32(5)、(6))

3 医療安全調査委員会は、世界保健機関（WHO）が平成17年に公表した「有害事象の報告及び学習の仕組みに関するガイドライン案」に沿ったものとすべき。

※ 有害事象の報告及び学習の仕組みに関するガイドライン案
(Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems)

(概要)

各国の有害事象報告制度を紹介し、有害事象の報告・学習制度の成功例の特徴は

- ・ 懲罰につながらないこと (Non-punitive)
- ・ 懲罰を行う機関から独立していること (Independent)
- ・ 専門家による分析がなされること (Expert analysis)

等の7点であり、これを踏まえ、WHO加盟国に対し、

- ・ 事案を報告したことによって罰せられるべきでない
- ・ 報告制度は報告者を罰する権力等のような権威からも独立すべき
- ・ 報告された事案は、臨床現場や治療、更には背景となるシステム面での要因を評価する訓練を受けた専門家により分析されるべき

等を提言しようとするもの。

当該ガイドライン案は、平成17年に原案として公表されたものであり、今後更に検討される予定と聞いています。

また、我が国においては、当該ガイドライン案においても紹介されているとおり、当該ガイドライン案でも示されている考え方に立った仕組みとして、平成16年より、財団法人日本医療機能評価機構において医療事故情報収集等事業が実施されています。この事業においては、特定機能病院や国立病院機構の病院等の医療機関を対象として、患者に有害事象が発生した事例、さらには事故には至らないインシデント（ヒヤリ・ハット）まで含めて幅広く事例の収集・分析を行い、医療安全対策に有用な情報を提供しています。

一方で、そのような仕組みだけでは、医療事故による死亡について真実を知りたいという患者遺族の願いや、現在の医療事故死等に係る刑事責任との関係に関する問題等についての解決にはならないという意見もあります。このため、医療事故による死亡に係る原因の調査や臨床経過の分析・評価等を専門的に行う機関の設置を提案しているものです。

4 医療安全調査委員会を厚生労働省に設置することとすると、医療行政を所管する厚生労働省の問題点の追及ができなくなったり、調査と処分の権限が厚生労働省に集中したりするおそれがあることから、医療安全調査委員会は内閣府に設置するなど、厚生労働省外に設置すべき。

医療安全調査委員会の設置については、「厚生労働省には設置すべきでない。」「内閣府に設置すべき。」などといった意見がある一方、「厚生労働省に医療情報が集中していた方が良いことから、厚生労働省に設置すべき。」との意見もあるところです。

このため、大綱案においては医療安全調査委員会を設置する府省を特定せず、更に検討を進めることとしています。

いずれの府省に設置された場合であっても、医療安全調査委員会の委員は独立してその職権を行うこととしております。

さらに、医療安全調査委員会は、関係行政機関に対し、医療の安全を確保するため講ずべき施策について勧告等を行うことができることとしており、設置府省等の如何にかかわらず、厚生労働省に対しても勧告等を行うことができますこととなります。

また、行政処分については、医療安全調査委員会の調査結果を参考にしたシステムエラーの改善に重点を置くものとし、個人に対する行政処分は抑制することとなりますが、個人に対する行政処分が必要となる場合であっても、当該処分は公表された報告書を参考にして、医道審議会の意見を聴いた上で、厚生労働省において判断するものであり、医療安全調査委員会による調査とは独立して実施されます。

なお、医道審議会における審議についても、見直しを行うこととしております。

(参考：第三次試案(8)、(47)～(49)、
大綱案第3の1、第5、第23、第24、第32(5)、(6))

5 地方委員会は地方分権の観点から、国の組織ではなく都道府県に設置すべき。

地方委員会を都道府県に設置することとした場合には、発生した医療事故死等について、同一都道府県内において調査が行われることとなります。このため、中立性、公正性及び専門性の確保の観点から、調査チームの人材の確保が可能であるかといった点について更に検討する必要があるものと考えられます。

6 調査の対象には、死亡・死産だけではなく、障害が残った場合等も含めるべき。

第三次試案及び大綱案においては、原則として、医療事故の調査は解剖を含めた医学的な調査を行うことを考えており、まずは死亡事例の調査を確実に実施することとしています。

なお、医療事故により重篤な後遺障害が残った場合など、死亡に至らない事例についても、原因究明・再発防止の観点から、将来的な課題として死亡事例の調査の実績等を踏まえた上で検討することとしています。

(参考：第三次試案(27)、大綱案第12の1、第16)

7 医療事故死等の届出の範囲を明確化すべき。

大綱案においては、医療安全調査委員会への届出の範囲について、

- ① 行った医療の内容に誤りがあるものに起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産
- ② 行った医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、その死亡又は死産を予期しなかったもの

としています。この届出が適切に行われるようにするため、医療事故死等に該当するかどうかの基準（ガイドライン）を医学医術に関する学術団体及び医療安全調査中央委員会の意見を聴いて主管大臣が定め、公表することとしており、平成20年度の厚生労働科学研究においても研究課題としているところです。

このガイドラインの策定に当たっては、医学会や医療関係団体が主体的に関与することが求められることとなります。

（参考：大綱案第32(2) 1、(4)）

8 医療事故死等の届出がされた後、医療安全調査委員会において調査を行うかどうか判断すべき。

医療機関から届け出られた、又は遺族から調査依頼があった事例の中には、医療安全調査委員会による調査の継続を必要としない場合があることも想定されるため、届け出られた個々の事例について、医療安全調査委員会内でそのような事例か否かについて判断を行う仕組みが必要になると考えられます。

第三次試案においては、医療機関からの届出又は遺族からの調査依頼を受け付けた後、疾病自体の経過としての死亡であることが明らかとなった事例等については、地方委員会による調査は継続せず、医療機関における説明・調査など、原則として医療機関と遺族の当事者間の対応に委ねることとしています。

医療安全調査委員会における判断の在り方やその具体的な基準等については、平成20年度の厚生労働科学研究においても研究課題としているところです。

（参考：第三次試案(29)）

9 まずは院内の事故調査委員会が調査する仕組みとすべき。

医療死亡事故等が発生した際、医療機関においても自ら事実関係の調査・整理を行い、原因究明・再発防止策の検討等を実施し、再発防止策の実施に自ら取り組むことは重要です。

このため、第三次試案においては、一定の規模や機能をもった病院（特定機能病院等）については、医療法に基づき設置が義務付けられている「安全管理委員会」の業務として、地方委員会に届け出た事例に関する調査を行い、再発防止策を講ずることを位置付けることとしています。

また、中小病院や診療所についても、自施設での医療事故調査には様々な困難があることから、その支援体制について併せて検討することとしています。

一方で、医療死亡事故等が発生した医療機関自らのみが調査を行うことは、中立性・公正性が確保されないという指摘もあることから、院内において調査・整理された事例の概要や臨床経過一覧等の事実関係記録については、地方委員会が診療録等との整合性を検証した上で、地方委員会での審議の材料とすることを考えています。このように、院内における調査と医療安全調査委員会による調査は適切に連携しながら行われることが必要であると考えています。

なお、医療機関内の事故調査委員会の具体的な運営の在り方については、平成20年度の厚生労働科学研究においても研究課題としているところです。

(参考：第三次試案(32)～(36))

10 地方委員会の調査チームは、医療事故死等の調査が目的であることから、医療関係者のみで構成すべき。

地方委員会の調査チームの構成については、「医療関係者のみとすべき。」という意見がある一方、「遺族を代表する者を入れるべき。」、「安全工学分野の専門家を入れるべき。」等様々な意見があるところです。

厚生労働省としては、医療安全調査委員会の透明性、中立性、公正性の担保のためには、医療の専門家のみでなく、法律家や医療を受ける立場にある者等の参加も必要であるものと考えており、医療の専門家以外の者も委員として任命することが必要と考えています。

(参考：第三次試案(10)、(13)、大綱案第7)

11 解剖を行う医師を含め、調査に従事する医師の確保はできるのか。

第三次試案においては、調査チームは、その分野の専門の医師を含む医療関係者を中心に、法律関係者及びその他の有識者の参画を得て構成することとしています。

現在日本内科学会を実施主体として行われている「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」は、関係38学会から10地域・約2,600人の医師の登録を得て運営しているところです。

このように、本制度の確実かつ円滑な実施には、医療関係者の関与が不可欠であり、医学医術に関する学術団体の御協力を得られるよう努めていきたいと考えています。

(参考：第三次試案(10)、(13)、大綱案第6、第7)

12 遺族の承諾がなくても解剖することができるようにすべき。

大綱案においては、原則として解剖は遺族の承諾なしには行うことは予定しておりませんが、確実な原因の究明のためには解剖を行うことが重要であることについての国民的な理解を深めていく必要があると考えています。また、「医療事故による死亡の原因究明のために必要である場合には、解剖について遺族の承諾を得る必要はない。」との意見もあるところであり、どのような場合に例外的に遺族の承諾を得ないで解剖を実施するかについては、引き続き検討してまいりたいと考えています。

さらに、死亡時の画像診断による診断（オートプシーイメージング）を補助的手段として活用することを今後の検討課題としており、死亡時画像診断の有用性や問題点等の研究について、平成20年度の厚生労働科学研究において研究課題としています。

（参考：第三次試案(27)②、大綱案第18）

13 地方委員会の調査に関し、関係物件の調査拒否や質問に対する虚偽の報告に対する違反について新たな刑罰が設けられているのではないか。

医療安全調査委員会の調査は、医療事故死等に関する事実を認定し、これについて必要な分析を行い、当該医療事故死等の原因を究明し、もって医療事故の防止を図ることを旨として行われるものです。

地方委員会の委員には、医療事故調査を行うために必要な関係物件の調査や、関係者に質問すること、及び医療事故死等の現場に関係者の立入りを禁止する等の権限が付与されます。これらは医療事故死等の原因を究明し、医療事故の防止に資するよう適切な調査を行うための権限です。

この調査においては、相手方が関係物件の調査に応じない場合等には刑罰が科せられることとなりますが、このような仕組みは、医療法における医療監視等、既存の法律・制度においても設けられているものです。

なお、大綱案において具体的に示している行政処分や罰則等については、第三次試案の内容を法律案に近い形で取りまとめた場合に必要なものとして、医療法等の既存の法律・制度も参考にして記載しているものです。

(参考：第三次試案(27)⑤、大綱案第17、第30、第31)

14 第三次試案においては「医療関係者等の関係者が、地方委員会からの質問に答えることは強制されない。」とされているが、大綱案においては記載されていないのではないか。

第三次試案における「医療従事者等の関係者が地方委員会からの質問に答えることは強制されない。」との記述については、大綱案においては、第30において、地方委員会による報告の求めに対して虚偽の報告をした場合や、検査を拒んだ場合などには罰則を設けているのに対し、質問や報告の求めに応じなかった場合については罰則を設けていないことにより対応しています。

(参考：第三次試案(27)⑤、大綱案第30、第31)

15 地方委員会から警察への通知に関する御意見について

- ・ 通知を行う仕組みは削除すべき。
- ・ 通知は故意による死亡等及び医療事故死等に係る事実を隠ぺいする目的で関係物件を隠滅するなどの場合にのみ行うべきであり、「標準的な医療から著しく逸脱した」場合や「類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた」場合については通知は行わないこととすべき。
- ・ 通知がなければ警察は捜査に着手しない仕組みとすべき。

医療事故死等の中には、刑事責任を問われることがやむを得ない事例が含まれることは、否定できないものと考えています。これについて、医療行為を刑法の業務上過失致死傷罪の対象から除外することについては、現段階で国民全般の理解を得ることは困難であると思われまます。

本制度においては、医療事故死等については医療安全調査委員会がまず調査を行い、刑事手続については、医療安全調査委員会による迅速かつ適切な原因究明や捜査機関への適時適切な通知が行われることになれば、捜査機関は、医療安全調査委員会の専門的な判断を尊重し、医療安全調査委員会からの通知の有無や行政処分の実施状況等を踏まえつつ対応することとなり、その結果、刑事手続の対象は、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に事実上限定されるなど、謙抑的な対応が行われることとなります。このような対応を行っていくことについては、第三次試案の表紙にも記載しているとおり、厚生労働省、法務省及び警察庁の間で合意したものです。

また、地方委員会からの通知がなければ警察は捜査に着手しないこととするとは、患者遺族の告訴に関する権利を奪うこととなるとともに、医療安全調査委員会が医療事故死等に係る責任追及を行う役割をも担うようなこととなり、医療事故死等についてその原因を究明し再発防止を図るとい、医療安全調査委員会の本来の趣旨にそぐわないものと考えています。

(参考：第三次試案 表紙、(39)、(40)、別紙3問1、大綱案第25)

16 地方委員会から警察への通知を行うもののうち、「標準的な医療から著しく逸脱した医療」の定義はあいまいであり、明確化すべき。

「標準的な医療から著しく逸脱した医療」に該当するか否かは、個々の事例ごとに、病院等の規模や設備、地理的環境、医師等の専門性の程度、緊急性の有無、医療機関全体の安全管理体制の適否（システムエラー）の観点等を勘案する必要があります。

例えば、緊急的に行う医療であって、専門外の医師が行わざるを得ない場合や、傷病の経過等の把握が十分にできない状況で行わざるを得ない場合など、医療の行われた状況を十分に踏まえて判断する必要があるものと考えています。

今後、一定の指針を定めることを考えていますが、このように、行った医療の評価については、最終的には医療の専門家を中心とした地方委員会が個別具体的に判断することとなります。

（参考：大綱案第25②）

17 地方委員会の報告書は、刑事裁判や民事裁判の証拠として利用されないこととすべき。

第三次試案においては、地方委員会の調査報告書については、当事者である遺族及び医療機関に交付するとともに、個人情報等の保護に配慮しつつ公表することとしており、委員会から捜査機関に通知を行った事例において、捜査機関が調査報告書を使用することを妨げることはできないものと考えています。

また、第三次試案においては、医療安全調査委員会による調査の目的にかんがみ、調査報告書の作成の過程で得られた資料については、刑事訴訟法に基づく裁判所の令状によるような場合を除き、捜査機関に対して提出しない方針としています。

調査報告書は、医療関係者を中心に、法律関係者及びその他の有識者の参画を得て構成される地方委員会の専門的な判断による医療事故の客観的な評価結果であり、これが遺族と医療機関に交付されて使用されることは、早期の紛争解決にも役立つものと考えています。

(参考：第三次試案(43)、(44)、別紙3問4、大綱案第22の1)

18 医師法第21条について、診療行為に関連した死亡については届出の対象から除くべき。

医師法第21条に定める医師の届出義務については、診療中の患者であったか否かは問わないものであることが都立広尾病院事件判決において示されているところです。

大綱案においても、診療行為に関連した死亡の取扱いについて同様の考え方に立ちつつ、医師法第21条にただし書きを設け、医療事故死等については、医師は医療機関の管理者に報告すれば、警察への届出の必要はないこととしています。（医師自らが管理者である場合は、主管大臣に届け出ていただくこととなります。）

この場合に、医療事故死等の報告を受けた管理者は、必要に応じて関係者と協議し、直ちに主管大臣に届け出ることとなります。

（参考：第三次試案(19)、大綱案第32、第33）

19 医療行為については、正当な業務行為として刑法の業務上過失致死傷罪の対象外とすべき。又は、遺族の告訴を必要とする「親告罪」とすべき。

様々な態様・分野のものがあり得る業務上過失致死傷罪の中で、医療事故についてのみ適用対象から除外したり、親告罪とすることについては、現段階で国民全般の理解を得ることは困難であると思われます。

また、親告罪は、公訴を提起して被害事実を公にすることにより、かえって被害者の名誉等が害されるおそれがある犯罪や、被害が比較的軽微で公訴の提起を行うか否かを被害者の意思に任せるべき犯罪などに限られています。

このため、生命・身体に危害を加えるおそれが高い行為によるものであり、かつ、人の死傷という結果が生じた場合に適用される業務上過失致死傷罪を親告罪とすることは相当でないと思われます。

20 諸外国においては、医療行為について刑事責任が問われることはないのではないか。

諸外国において、医療の過程において生じた死傷事故につき、どのような法的取扱いをするのかについては網羅的に把握はしていませんが、

- ・ 例えば、ドイツやフランスにおいては、それぞれの刑法典において、過失行為についての一般的な処罰規定があり、医療の過程において生じた死傷事故に関する特別な規定はない
 - ・ また、文献によれば、アメリカにおいては、医療の過程において生じた死傷事故に関して刑事訴追がなされる事例が少数ではあるが存在している
- ということについては、承知しています。

このように、少なくとも国レベルにおいて医療行為について医療関係者の刑事責任が問われないという国は承知していません。

21 過失のない医療行為による医療事故死等であっても、補償が行われる制度を創設すべき。

いわゆる無過失補償制度については、産科医療を対象とし、補償対象を通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合とした産科医療補償制度について、平成21年1月1日より運用を開始することとしています。

産科医療補償制度の適用範囲の拡大については、今後の課題であると認識していますが、同制度の実施状況も踏まえて、検討することとしたいと考えています。

22 裁判外紛争解決手続（ADR）を整備すべき。

医療機関と遺族との間では紛争が解決しない場合の選択肢の一つとして、裁判外紛争解決（ADR）機関の活用等があります。その場合、事実関係の明確化と正確な原因究明が不可欠ですが、地方委員会の調査報告書は、第三者による客観的な調査結果として、早期の紛争解決や遺族の救済につながるものと考えられます。

厚生労働省としても、裁判外紛争解決（ADR）制度の活用の推進を図る必要があると考えています。このため、医療界、法曹界、医療法に基づき各都道府県等に設置された医療安全支援センター、関係省庁、民間の裁判外紛争解決（ADR）機関等からなる協議会を設置し、情報や意見の交換等を促進する場を設けることとしており、関係予算を平成21年度の厚生労働省予算概算要求において計上しているところです。

（参考：第三次試案(44)、(45)）

23 法案の施行後5年を目途とした見直しの検討では遅すぎるのではないか。

大綱案においては、この法案の施行後5年を目途として、この法案の施行の状況を踏まえ、必要に応じて見直しを行うこととしていますが、施行の状況によっては、前倒しして5年以内に見直しを行うことも考えられます。

（参考：大綱案第37）

第三次試案に寄せられた主な意見と大綱案のポイント

1. 医療事故死等に関する届出の範囲について

- 「届出の範囲が曖昧である。」、「具体的な基準を示すべきである。」との第三次試案に対する意見
 - 本大綱案においては、医療事故死等に該当するかどうかの基準（ガイドライン）を医学医術に関する学術団体及び医療安全調査中央委員会の意見を聴いて主管大臣が定め、公表することを明記。（ガイドラインの策定に医学会や医療関係団体が主体的に関与することが求められる。）

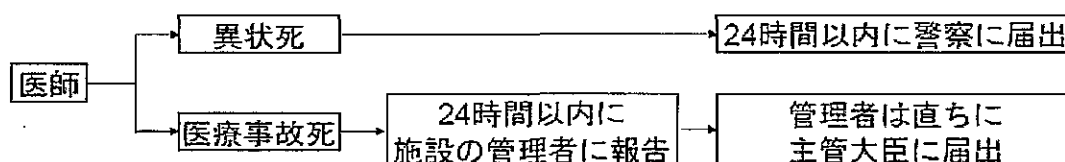
（大綱案 第32（4）の2）

2. 医師法第21条の改正について

- 医師法第21条にただし書きを設け、医療事故死等については、医師は医療機関の管理者に報告すれば、警察への届出の必要はないこととする。

また、医療事故死等の報告を受けた管理者は、必要に応じて関係者と協議し、直ちに主管大臣に届け出ることとする。

したがって、医師は、殺人等の異状死の場合には警察に、医療事故死等の場合には医療機関の管理者に報告することとなる。



医師自らが管理者である場合は警察又は主管大臣に届出

（大綱案 第32，33）

3. 委員会の独立性について

- 「委員会は、独立性のある第三者の外部機関とすべき。」との第三次試案に対する意見
 - 本大綱案において、委員は、独立してその職権を行うことを明記。委員は、その業務や判断について、主管大臣からの指示・命令を受けないこととなる。

(大綱案 第5)

4. 委員会の構成について

- 「委員会は医療の専門家のみで構成すべき。」「医療の専門家だけでなく、法律関係者及びその他の有識者を加えて、多面的な委員構成とすることに賛成。」との第三次試案に対する意見
 - 本大綱案においては、委員会の透明性、中立性、公正性の担保のためには医療の専門家のみでなく、法律家や医療を受ける立場にある者等の参加も必要であるので、第三次試案のとおり、医療の専門家以外の者も委員として任命する。

(大綱案 第7の1)

5. 警察への通知を行う範囲について

- 「重大な過失の定義が分かりにくい。」「具体的な基準を示すべきである。」との第三次試案に対する意見
 - 「重大な過失」との表現は使用しないこととするとともに、「標準的な医療から著しく逸脱した医療」について、注釈を記載した。

本大綱案においては、以下のように記載。

- ① 故意による死亡又は死産の疑いがある場合
- ② 標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡又は死産の疑いがある場合

注) ②に該当するか否かについては、病院、診療所等の規模や設備、地理的環境、医師等の専門性の程度、緊急性の有無、医療機関全体の安全管理体制の適否(システムエラー)の観点等を勘案して、医療の専門家を中心とした地方委員会が個別具体的に判断することとする。

- ③ 当該医療事故死等に係る事実を隠ぺいする目的で関係物件を隠滅し、偽造し、又は変造した疑いがある場合、類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた疑いがある場合その他これに準ずべき重大な非行の疑いがある場合

注) 「類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた」とは、いわゆるリピーター医師のことであり、例えば、過失による医療事故死等を繰り返し発生させた場合をいう。

(大綱案 第25)

6. 警察による捜査との関係について

- 第三次試案の内容は、別紙3に記載されていた捜査機関との関係を含め、「厚生労働省、法務省及び警察庁の間で合意したものである」と明記。

(第三次試案 表紙)

- 「医療については、業務上過致死罪を適用するべきではない。」、「遺族が告発しても、調査委員会が通知しない場合には、警察は捜査に着手しないよう法制化すべき。」、「警察は独自に捜査を行い、委員会での結論を参考として活用すべき。」との第三次試案に対する意見
→ どのような行為が刑事処分の対象となるかは、一義的には刑事行政において検討されるべきものであるが、故意や重大な過失があったにもかかわらず、医療者についてのみ、刑事責任を問われなくすることについて、現段階で国民の理解を得ることは困難と考えられる。

本大綱案及び第三次試案においては、医療関係者を中心とした委員会からの通知を踏まえ、捜査機関が対応するという、委員会の専門的な調査を捜査機関が尊重する仕組みを構築しようとするものであり、委員会が上記5の事例に該当すると判断した場合には、直ちに警察に通知を行うことを明記。

(大綱案 第25)

7. 行政処分について

- 病院等におけるシステムエラーに対する行政処分として、医療法を改正し、都道府県知事が、同様の事故の再発の防止を図るためその他医療の安全の確保のため必要があると認めるときは、医療の安全を確

保するための改善計画の提出や必要な措置を採ることを命ずる権限を創設。

(大綱案 第32(6))

- 個人に対する行政処分は、公表された報告書を参考にして、医道審議会の意見を聴いた上で、厚生労働省で判断することとなり、委員会による調査とは独立して実施。

(第三次試案 (49))

→ 仮に委員会を厚生労働省が所管する場合でも、調査と行政処分は分離されることとなる。

8. 医療事故調査の実施の体制整備について

- 本大綱案において、法律の施行の日の前においても、医療事故調査の試行的な実施その他の必要な準備行為をすることができると明記。

(大綱案 第38)

- 本大綱案に示した医療事故調査の実施に向けて、従前の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の実施地域で「医療安全調査準備試行事業」を実施し、順次、試行地域を全国に拡大し、本施行に備える。

(別紙 準備体制のイメージ図)

9. 引き続き検討が必要な事項

- 委員会を所管する府省について

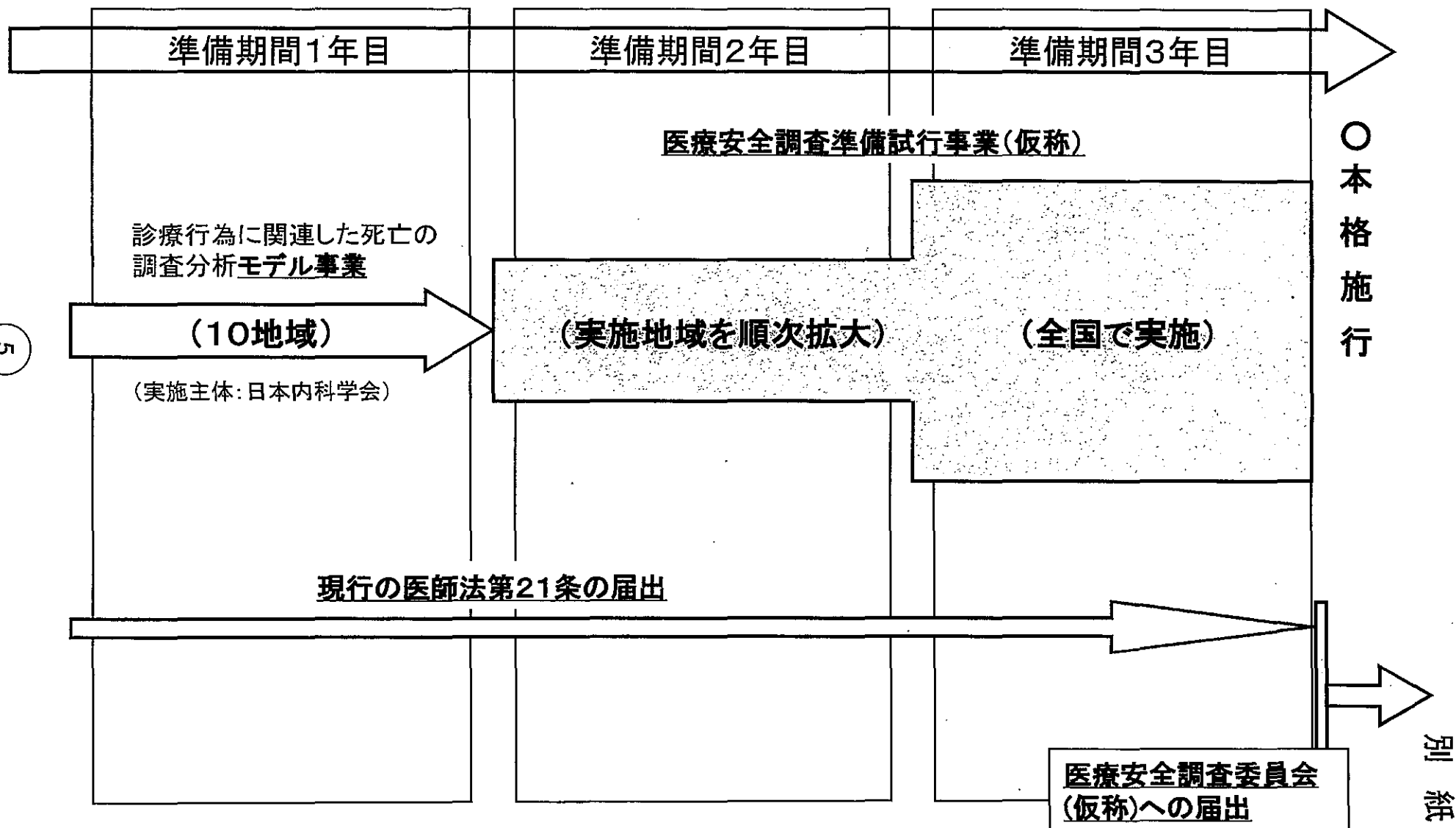
「厚生労働省には設置すべきでない。」、「内閣府等に設置すべき。」、「厚生労働省に医療情報が集中していた方が良いことから、厚生労働省とすべき。」との第三次試案に対する意見

→ 本大綱案においては、委員会を設置する府省を特定せず、更に検討を進めることとしている。

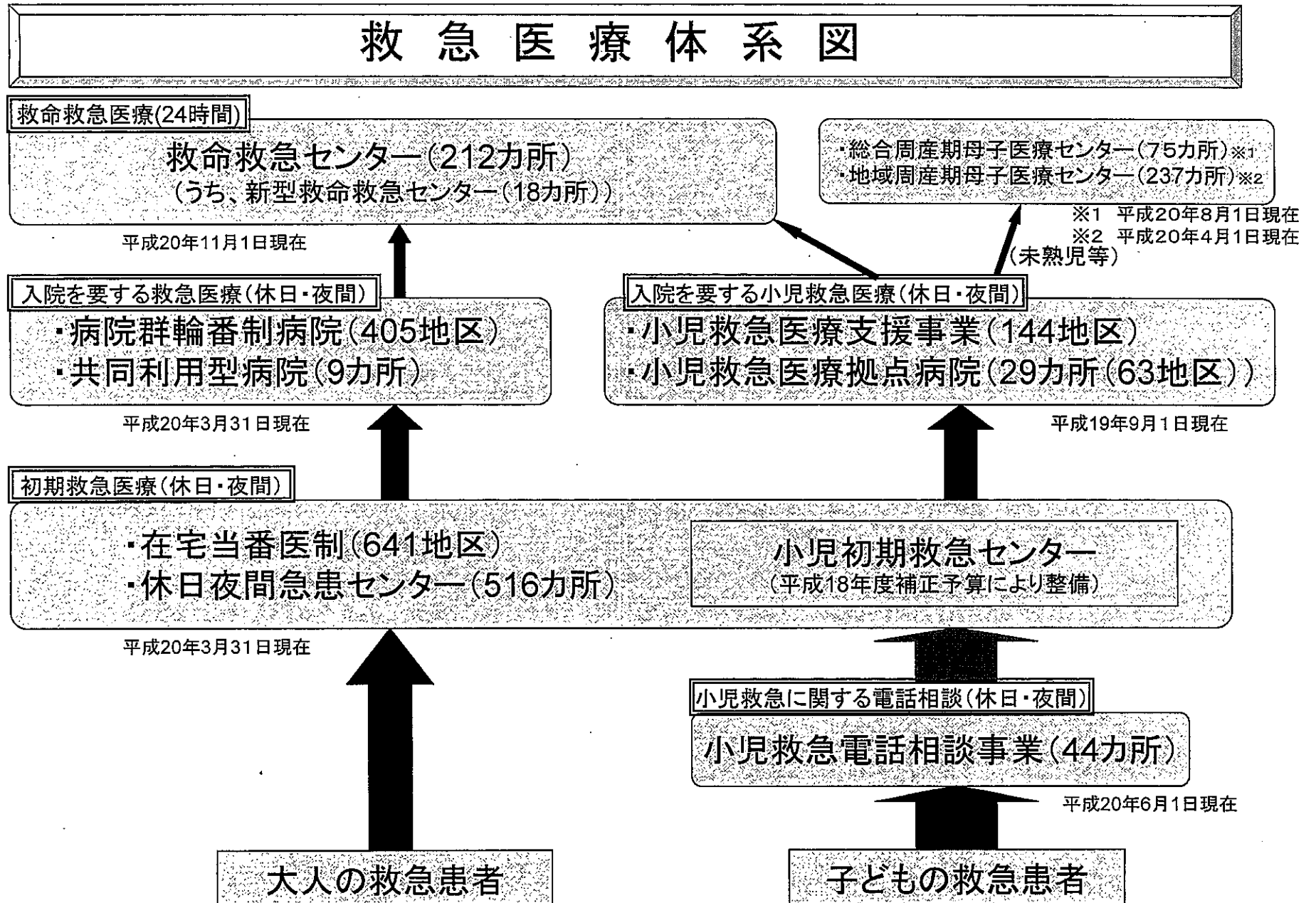
(大綱案 第3の1)

- 財政面・組織面では更に検討を加える。

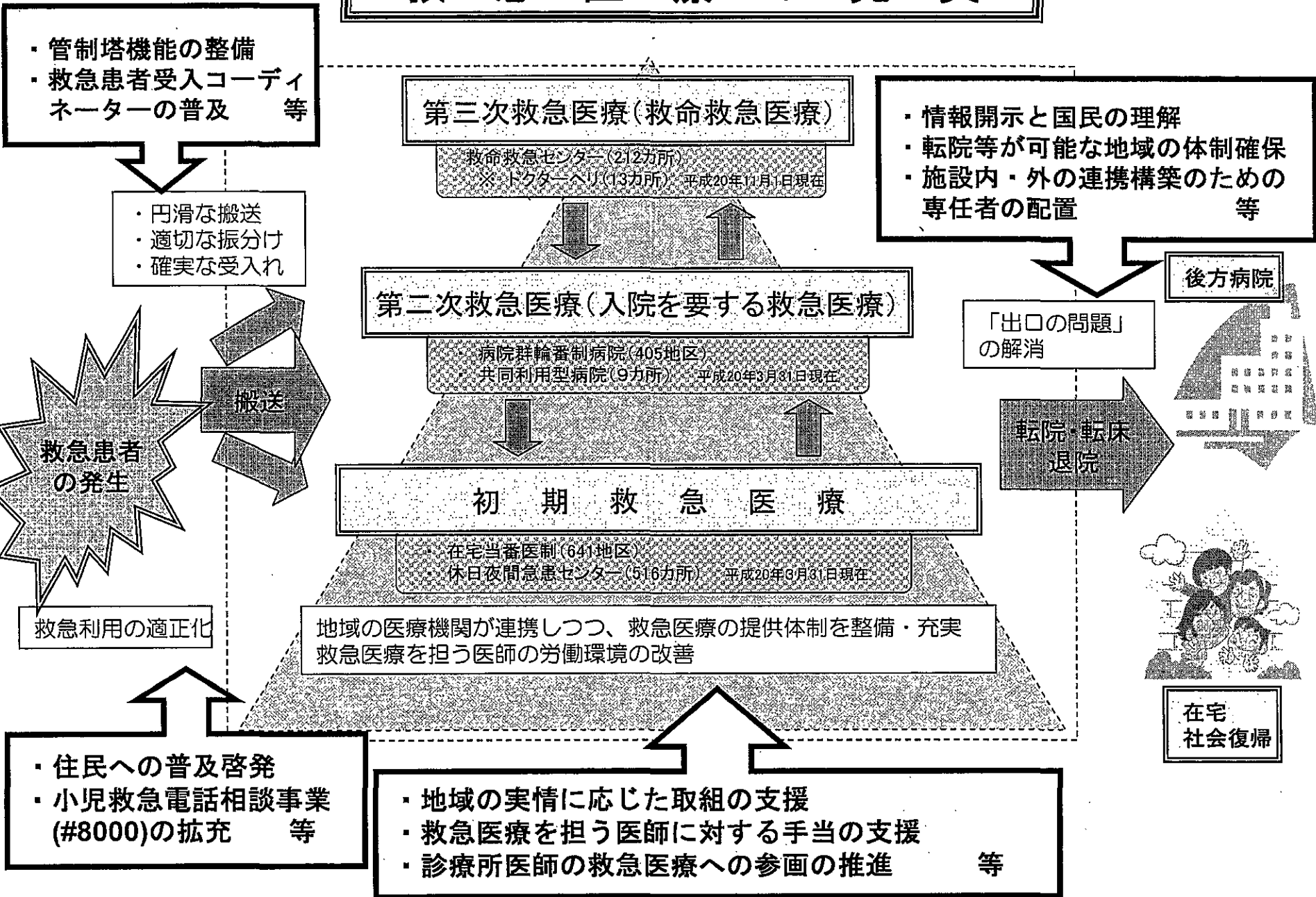
医療安全調査委員会(仮称)の本格施行に向けた準備体制のイメージ



4. 救急医療体制の現状



救急医療の充実



管制塔機能を担う医療機関の整備（救急医療機能の拠点化）

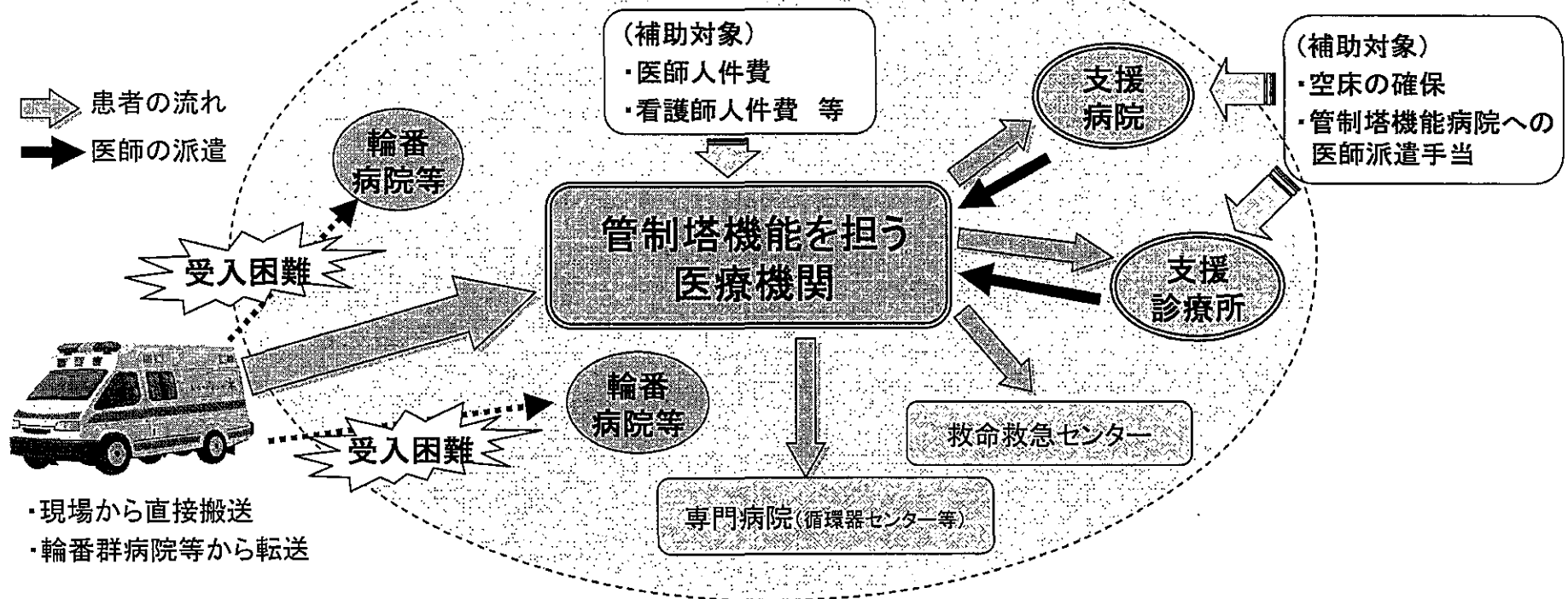
- 地域において安心できる（救急患者搬送が円滑に受け入れられる）救急医療体制を構築
- 患者の症状に応じた適切な医療を、医療機関が迅速に選択

管制塔機能を担う医療機関に期待される機能

- 都道府県と協力し、地域において救急患者搬送が円滑に受け入れられる第二次救急医療体制を構築するにあたり中心的役割を担う（調整機能を有する）
- 必要に応じ、患者を処置の上、支援医療機関や救命救急センター等に紹介
- 患者の重症度に応じ、診療優先順位を決定し、対応
- 地域の医師の応援派遣を受け入れ

支援医療機関の機能

- 管制塔機能を担う医療機関からの受入要請に対応する医療機関
- 必要に応じ、空床を確保
- 必要に応じ、管制塔機能を担う医療機関に医師を派遣



救急医療体制の整備状況の推移

(各年3月31日時点)

		16年	17年	18年	19年	20年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	170	178	189	201	208
二次救急 (入院を要する救急)	入院を要する救急医療施設 (施設数)	3,253	3,238	3,214	3,153	3,175
	(地区数)	(403)	(411)	(411)	(408)	(405)
一次救急 (初期救急)	休日夜間急患センター (施設数)	510	512	508	511	516
	在宅当番医制 (実施地区数)	683	677	666	654	641

(厚生労働省医政局指導課調べ)

救急医療体制の整備等

(厚生労働省)

(平成20年度予算額) (平成21年度予算案)
 [9,988,971千円 → 20,515,175千円]

救急医療対策は、昭和52年度から、初期、二次、三次救急医療施設及び救急医療情報センターの計画的かつ体系的整備を推進してきた。しかし、救急患者の受入れに時間を要した事案が相次ぐ等、多くの課題が残されている。このため、平成21年度においては、救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う医師の手当への財政的支援、平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を紹介する体制の整備等を行い、救急医療体制の充実を図る。

なお、体系的な救急医療体制の拡充整備、ドクターヘリ導入促進事業、小児科・産科医療体制の集約化・重点化、救急救命士病院実習受入促進経費、自動対外式除細動器普及啓発事業等の一部については、医療提供体制推進事業費補助金(統合補助金)358億円の内数となる。

- (1) 体系的な救急医療体制の拡充整備 [7,802,288千円 → 16,795,743千円]
 - ① 小児救急電話相談事業等 < 569,335千円 → 520,055千円 >
 - ② 初期救急医療体制 < 51,110千円 → 52,933千円 >
 - ア. 小児初期救急センター運営事業(新規) (-千円 → 26,633千円)
 - イ. 小児救急地域医師研修事業(47か所 → 47か所) (51,110千円 → 26,300千円)
 - ③ 第二次救急医療体制 < 2,251,450千円 → 7,587,116千円 >
 - ア. 管制塔機能を担う医療機関に対する支援事業(新規) (-千円 → 5,114,234千円)
 - イ. 共同利用型病院(11地区) (122,467千円 → 122,734千円)
 - ウ. 小児救急医療支援事業(238地区 → 267地区) (1,223,354千円 → 1,290,694千円)
 - エ. 小児救急医療拠点病院(38か所 → 43か所) (820,608千円 → 865,838千円)
 - オ. ヘリコプター等添乗医師等確保経費 (2,113千円 → 2,113千円)
 - カ. 救急医療専門領域医師研修事業 (82,908千円 → 82,908千円)
 - キ. 救急医療支援センター運営事業(新規) (-千円 → 108,595千円)
 - ④ 第三次救急医療体制 < 3,152,561千円 → 5,459,009千円 >
 - ア. 救命救急センター(70か所 → 92か所) (2,588,290千円 → 4,858,662千円)
 - イ. 地域救命救急センター(6か所 → 7か所) (200,392千円 → 228,025千円)
 - ウ. 心臓病等の専門医確保経費(70か所 → 92か所) (146,357千円 → 192,122千円)
 - エ. 小児救急専門病床確保事業(10か所) (186,570千円 → 149,248千円)
 - オ. 重症外傷機能確保事業(7か所 → 7か所) (30,952千円 → 30,952千円)
 - ⑤ 休日・夜間において救急患者を受け入れる医療機関の勤務医確保事業(新規) (-千円 → 2,044,967千円)
 - ⑥ 救急医療情報センター等(47か所 → 46か所) < 1,777,832千円 → 1,041,865千円 >
 - ⑦ 救急医療トレーニングセンター運営事業(新規) < -千円 → 89,798千円 >
- (2) ドクターヘリ導入促進事業(16か所 → 24か所) [1,358,632千円 → 2,065,579千円]
 早期治療の開始と迅速な搬送による救命率等の向上を図るため、救命救急センターにドクターヘリ(医師が同乗する救急専用ヘリコプター)を委託により配備する。(平成20年上半期現在13道府県に累計14機を配備)
- (3) 小児科・産科医療体制の集約化・重点化 [436,165千円 → 107,317千円]
 集約化・重点化を実施する地域において、拠点病院とのネットワーク化を進めるため、小児科・産科の病床を削減し、医療機能の変更(他科病床、他の診療機能など)を行う連携病院等を対象に支援を行う。
- (4) 救急救命士病院実習受入促進経費 [88,985千円 → 88,985千円]
 救急救命士の資質の向上を図るため、救急救命士の病院実習の受け入れ促進措置を講ずる。
- (5) 自動体外式除細動器(AED)普及啓発事業 [131,520千円 → 45,659千円]
 非医療従事者がAEDを用いた積極的な救命活動が行われるよう講習の実施や普及・啓発等を行う。
- (6) 災害医療調査ヘリコプター運営事業 [9,664千円 → 9,664千円]
 災害発生時の被災地の医療調査を行うためのヘリコプターのチャーターに要する経費を措置する。
- (7) 災害拠点病院活動費 [10,163千円 → 10,152千円]
 災害派遣医療チーム(DMAT)が国主催の総合防災訓練に参加するために要する経費を補助する。
- (8) 災害派遣医療チーム研修事業(2か所 → 2か所) [66,556千円 → 66,556千円]
 災害発生時に迅速な派遣が可能な災害派遣医療チーム(DMAT)の研修を実施する。
- (9) 広域災害・救急医療情報システム [26,964千円 → 16,046千円]
 災害時における全国ネットの災害医療に係る総合的な情報収集及び提供を行う。
- (10) 国立病院等救急医療センター等(2か所 → 2か所) [32,964千円 → 32,964千円]
 交通事故による外傷患者に対応するため、国立病院(ナショナルセンター)に救急医療センター等を設置する。
- (11) 救急医療関係者研修経費 [21,493千円 → 21,493千円]
 救急医療に従事する救急専門医、看護師、救急救命士等の研修等を実施する。
- (12) 救急救命普及推進費 [3,577千円 → 3,367千円]
 国民に対し救急医療に関する知識の普及啓発を図る。
- (13) 周産期医療対策費 [-千円 → 1,251,650千円]
 出産前後の集中管理が必要な母体及び胎児、新生児に対する周産期医療体制の充実を図る。

平成19年救急・救助の概要（速報）のポイント

1 救急出場件数は増加し、搬送人員は減少

平成19年中の救急自動車による救急出場件数は、前年に比べて約3万3千件増加し、約527万件でした。

一方、搬送人員については、前年に比べて約9千人減少の約488万人となりました。搬送人員を事故種別ごとにみると、交通事故による搬送人員は約3万4千人減少し、急病による搬送人員は約2万6千人増加しています。

- ・ 救急自動車による救急出場件数及び救急搬送人員はそれぞれ527万982件（対前年比33,266件、0.6%増）、488万3,482人（同9,111人、0.2%減）でした。
- ・ 救急自動車は約6.0秒（前年と同じ）に1回の割合で出場しており、国民の約26人（前年と同じ）に1人が搬送されたこととなります。
- ・ 現場到着までの所要時間は全国平均で6.9分（前年6.6分）となっています。
- ・ 医療機関収容までの所要時間は全国平均で33.2分（前年32.0分）となっています。

2 救急体制の充実と救急業務の高度化は着実に進展

平成20年4月現在、救急隊数は4,896隊と5,000隊に迫り、救急救命士の資格を有する消防職員は2万1千人を超えています。

また、救急救命士運用隊は全救急隊の88.2%にあたり、目標である「全ての救急隊に救急救命士が1人以上配置される体制」に着実に近づくとともに、救急救命士による応急処置内容・件数も充実してきています。

- ・ 救急隊数は4,896隊（対前年比50隊、1.0%増）、救急隊員数は59,194人（同22人、0.04%減）、うち、専任隊員19,730人（同104人、0.5%増）、兼任隊員39,607（同247人、0.6%減）人となっています。
- ・ また、救急救命士有資格者数は21,816人（同1,748人、8.7%増）となりました。
- ・ 救急隊員（3人以上）のうち少なくとも1人が救急救命士である隊は、全国4,896隊のうち4,319隊（88.2%）となり、その割合は年々高まっています。
- ・ 器具による気道確保、除細動、静脈路確保及び平成18年4月より実施可能となった薬剤投与といった特定行為の処置件数も合計で83,983件にのぼり、対前年比7.0%増となっています。

3 市民による応急手当件数の割合は過去最高

消防機関の実施する応急手当普及講習の修了者数は年々増加し、平成 19 年中は 150 万人を超え、実際に救急搬送の対象となった心肺機能停止症例の約 39%において、市民により応急手当（胸骨圧迫（心臓マッサージ）・人工呼吸・AED（自動体外式除細動器）による除細動）が実施されています。

- ・ 応急手当普及講習の修了者数は、157 万 1,562 人となり、国民の約 81 人に 1 人が受講したこととなります。（前年は約 86 人に 1 人）
- ・ 市民による応急手当が実施された傷病者数は、全国の救急隊が搬送した心肺機能停止傷病者数の 39.2%（対前年比 3.9%増）にあたる 43,277 人に及んでいます。

4 交通事故による救助出場件数、救助活動件数の割合が第 1 位

救助出場件数、救助活動件数のうち、交通事故による件数がともに第 1 位の割合（それぞれ、37.7%、33.2%）を占めています。

- ・ 平成 19 年中の救助出動件数は、全体で 8 万 311 件であり、交通事故によるものが 3 万 241 件（全体の 37.7%）で昭和 55 年以降、第 1 位の出動原因となっています。
- ・ 同様に、救助活動件数は、全体で 5 万 1,954 件であり、交通事故によるものが 1 万 7,220 件（全体の 33.2%）で昭和 58 年以降、第 1 位の活動種別となっています。

5 消防防災ヘリコプターによる救急出動件数が過去最高

消防防災ヘリコプターによる救急出動件数は年々増加し、平成 19 年中は過去最多の 3,168 件となりました。

- ・ 平成 19 年中の消防防災ヘリコプターによる全出動件数は 6,349 件であり、そのうち救急による出動件数が 3,168 件（全体の 49.9%、対前年比 406 件増）と過去最多を記録しました。

<参 考>

平成 20 年上半期の救急出場件数等について

政令指定都市等における平成 20 年上半期（1 月から 6 月まで）の救急出場件数等が前年同期と比較して減少していることを踏まえ、今般、全国の状況について調査を行ったところ、その概要は以下のとおりです。

1 全国の救急出場件数等について

- ・ 平成 20 年上半期の救急出場件数は 250 万 4 件で、前年同期と比べて 8 万 9,848 件（3.5%）減少しました。
- ・ 救急搬送人員は 229 万 6,733 人で、前年同期と比べて 10 万 7,628 人（4.5%）減少しました。
- ・ 全国の 807 消防本部のうち、出場件数が減少した消防本部は 563 本部（69.8%）、増加した消防本部は 240 本部（29.7%）、増減がなかった消防本部は 4 本部（0.5%）でした。
- ・ 出場件数の減少率が全国平均（3.5%）以上であった団体は、北海道、宮城県、埼玉県、東京都、神奈川県、山梨県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、高知県の 13 都道府県で、大都市部に多く見られる傾向がありました。
- ・ 減少した 563 消防本部に要因と思われる事由を質問したところ（複数回答）、「一般市民への救急自動車の適正利用等の広報活動」が 286 本部（50.8%）、「頻回利用者への個別指導と毅然たる対応」が 109 本部（19.4%）等となっています。

2 政令指定都市等の救急出場件数等について

- ・ 平成 20 年上半期の救急出場件数は 86 万 6,520 件で、前年同期と比べて 4 万 5,974 件（5.0%）減少しました。
- ・ 救急搬送人員は 76 万 8,087 人で、前年同期と比べて 5 万 1,796 人（6.3%）減少しました。
- ・ 政令指定都市等の 18 消防本部のうち、出場件数が減少した消防本部は 16 本部（88.9%）、増加した消防本部は 2 本部（11.1%）でした。
- ・ 減少した 16 消防本部に要因と思われる事由を質問したところ（複数回答）、「一般市民への救急自動車の適正利用等の広報活動」が 12 本部（75.0%）、「緊急性のない利用者への代替措置情報の提供（民間事業者の活用）」が 6 本部（37.5%）等となっています。

救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(平成20年3月11日総務省消防庁)
重症以上傷病者搬送の状況(平成19年)

	都道府県	総救急搬送人員			重症以上搬送人員			c/a	集計不能本部
		(a)	うち 転院搬送 (b)	b/a	(c)	うち 転院搬送 (d)	d/c		
1	北海道	210,813	27,771	13.2%	24,626	6,946	28.2%	11.7%	4
2	青森県	39,225	5,803	14.8%	9,529	2,812	29.5%	24.3%	3
3	岩手県	41,119	5,290	12.9%	8,520	2,163	25.4%	20.7%	
4	宮城県	79,831	12,752	16.0%	12,898	3,739	29.0%	16.2%	
5	秋田県	34,425	3,073	8.9%	8,163	1,368	16.8%	23.7%	
6	山形県	36,982	4,185	11.3%	6,481	1,366	21.1%	17.5%	
7	福島県	67,990	6,074	8.9%	9,963	1,768	17.7%	14.7%	
8	茨城県	100,721	8,705	8.6%	12,184	2,596	21.3%	12.1%	
9	栃木県	64,260	7,546	11.7%	8,239	1,840	22.3%	12.8%	
10	群馬県	71,466	6,915	9.7%	9,617	2,153	22.4%	13.5%	
11	埼玉県	247,225	19,173	7.8%	25,661	5,270	20.5%	10.4%	
12	千葉県	238,817	21,970	9.2%	21,357	4,409	20.6%	8.9%	
13	東京都	630,855	36,160	5.7%	50,712	8,318	16.4%	8.0%	
14	神奈川県	352,857	22,286	6.3%	31,116	5,215	16.8%	8.8%	
15	新潟県	79,829	9,076	11.4%	12,206	2,658	21.8%	15.3%	
16	富山県	32,955	3,438	10.4%	4,303	852	19.8%	13.1%	
17	石川県	33,962	3,171	9.3%	6,084	1,224	20.1%	17.9%	
18	福井県	23,523	2,642	11.2%	4,501	1,008	22.4%	19.1%	
19	山梨県	32,140	2,767	8.6%	3,675	692	18.8%	11.4%	
20	長野県	77,111	7,939	10.3%	10,438	2,013	19.3%	13.5%	
21	岐阜県	71,268	5,978	8.4%	10,107	2,234	22.1%	14.2%	
22	静岡県	132,664	14,486	10.9%	12,413	2,386	19.2%	9.4%	
23	愛知県	263,708	20,385	7.7%	23,815	4,260	17.9%	9.0%	
24	三重県	70,810	5,776	8.2%	9,317	1,742	18.7%	13.2%	
25	滋賀県	49,855	2,822	5.7%	3,776	584	15.5%	7.6%	
26	京都府	109,845	5,778	5.3%	8,991	1,074	11.9%	8.2%	
27	大阪府	448,108	27,077	6.0%	11,704	1,124	9.6%	2.6%	
28	兵庫県	207,102	18,029	8.7%	19,523	4,297	22.0%	9.4%	
29	奈良県	55,187	5,565	10.1%	5,584	1,262	22.6%	10.1%	
30	和歌山県	44,697	3,894	8.7%	4,979	912	18.3%	11.1%	
31	鳥取県	20,393	2,401	11.8%	2,995	808	27.0%	14.7%	
32	島根県	25,083	2,719	10.8%	3,810	791	20.8%	15.2%	2
33	岡山県	70,544	8,310	11.8%	11,377	2,730	24.0%	16.1%	
34	広島県	105,381	13,351	12.7%	13,924	3,435	24.7%	13.2%	1
35	山口県	58,872	7,497	12.7%	7,276	2,143	29.5%	12.4%	
36	徳島県	27,781	3,778	13.6%	4,401	1,195	27.2%	15.8%	
37	香川県	40,225	5,282	13.1%	5,252	1,479	28.2%	13.1%	
38	愛媛県	54,811	6,528	11.9%	10,507	2,843	27.1%	19.2%	1
39	高知県	34,141	4,271	12.5%	5,980	1,469	24.6%	17.5%	
40	福岡県	190,820	21,743	11.4%	18,563	4,983	26.8%	9.7%	
41	佐賀県	29,127	5,570	19.1%	5,426	1,951	36.0%	18.6%	
42	長崎県	49,240	6,797	13.8%	9,208	3,107	33.7%	18.7%	
43	熊本県	66,971	8,616	12.9%	7,743	2,024	26.1%	11.6%	
44	大分県	42,923	8,607	20.1%	9,096	3,517	38.7%	21.2%	
45	宮崎県	35,005	6,044	17.3%	6,904	2,575	37.3%	19.7%	1
46	鹿児島県	63,814	11,063	17.3%	11,186	4,439	39.7%	17.5%	
47	沖縄県	53,998	5,374	10.0%	6,541	1,272	19.4%	12.1%	
	合計	4,918,479	454,477	9.2%	530,671	119,046	22.4%	10.8%	12

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(その1)

	都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	北海道	14,450	759	163	39	19	12	7	2					
2	青森県	6,334	316	50	11	3	1	2						
3	岩手県	5,501	303	70	18	4	3	1	1					
4	宮城県	6,266	1,000	460	206	111	59	47	18	25	17	4	3	3
5	秋田県	6,069	103	17	1									
6	山形県	4,871	203	25	10	2	1	1						
7	福島県	5,343	533	170	103	51	36	19	12	13	1	2	2	
8	茨城県	7,107	1,031	443	211	97	64	37	11	16	9	5	1	4
9	栃木県	5,087	733	296	138	66	36	15	8	7		3	3	
10	群馬県	6,195	747	268	116	70	24	18	8	5	3	3	2	2
11	埼玉県	15,913	2,544	1,258	644	331	236	143	82	61	35	29	26	22
12	千葉県	12,060	1,711	771	371	208	133	79	52	38	32	14	13	10
13	東京都	29,140	6,047	2,779	1,564	905	594	394	303	221	174	121	99	83
14	神奈川県	18,331	2,847	1,164	542	571	77	58	33	23	22	9	4	3
15	新潟県	7,345	552	181	74	38	22	19	6	3	2	1	2	1
16	富山県	2,514	153	25	4	1								
17	石川県	3,702	178	38	7	2	1							
18	福井県	1,938	41	3										
19	山梨県	2,358	97	32	17	8	2	8	2					1
20	長野県	6,839	295	59	14	9				1				
21	岐阜県	5,941	293	59	16	2	2							
22	静岡県	8,135	506	107	26	13	1	2						
23	愛知県	15,903	669	141	38	11	4	1	2	1	1	1		
24	三重県	4,983	447	162	46	19	21	15	5	6	4	1	2	1
25	滋賀県	2,098	467	68	17	3	2		1					
26	京都府	5,950	641	231	94	38	23	8	4	2	1			
27	大阪府	6,464	1,512	731	406	196	110	83	48	38	23	20	11	6
28	兵庫県	8,709	1,304	600	281	155	69	39	36	20	13	8	7	1
29	奈良県	2,729	578	300	188	110	77	37	36	18	20	13	10	2
30	和歌山県	3,252	223	70	43	17	5	7	1		1	1		
31	鳥取県	2,024	120	32	6	2	3							
32	島根県	1,897	59	11										
33	岡山県	6,638	711	221	74	41	19	7	2	2				
34	広島県	7,617	443	133	59	18	18	5	4	2		2	2	
35	山口県	4,503	287	80	24	10	1	1	1					
36	徳島県	2,512	210	70	13	12	3	2						
37	香川県	3,020	207	46	10	3	1						1	
38	愛媛県	7,176	339	74	19	5	3	3						
39	高知県	3,701	316	59	13	2								
40	福岡県	11,218	788	151	48	17	8	3						
41	佐賀県	2,915	344	111	58	15	13	6	3	1	1			
42	長崎県	4,485	338	84	36	12	1	1		2				
43	熊本県	3,025	157	38	9	3	1							
44	大分県	3,795	243	57	22	7	1							
45	宮崎県	2,987	349	123	35	20	8	1	2					
46	鹿児島県	5,347	534	158	59	23	6	2	3		2		2	
47	沖縄県	4,843	128	14	8	1								
	合計	309,230	32,406	12,203	5,738	3,251	1,701	1,071	686	505	361	237	190	139

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(その2)

	都道府県	14	15	16	17	18	19	20	21~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会回数	集計不能部
1	北海道									15,451	79	21		8	9
2	青森県									6,717	17	3		7	
3	岩手県									5,901	27	5		8	1
4	宮城県	3	2	2	3	1	1	2	2	8,235	509	192	26	22	3
5	秋田県									6,190	1			4	3
6	山形県									5,113	14	2		7	
7	福島県		1	1				1		6,288	242	88	7	20	4
8	茨城県	1	2	1						9,040	459	151	14	16	1
9	栃木県		3	1			1			6,397	281	77	11	19	
10	群馬県	1	1			1				7,464	254	68	10	18	
11	埼玉県	8	12	10	3	5		2	12	21,376	1,661	686	129	35	
12	千葉県	7	8	5	1	3	2		3	15,521	979	400	66	33	5
13	東京都	60	39	35	32	17	18	16	94	42,735	4,769	2,300	614	50	
14	神奈川県	5	3	2		2	1	2	1	23,700	1,358	245	32	29	6
15	新潟県	1	1							8,248	170	58	6	15	2
16	富山県									2,697	5			5	3
17	石川県									3,928	10	1		6	2
18	福井県									1,982				3	3
19	山梨県								1	2,526	39	14	2	22	1
20	長野県									7,217	24	1		9	2
21	岐阜県									6,313	20	2		6	5
22	静岡県									8,790	42	3		7	4
23	愛知県									16,772	59	10	1	11	13
24	三重県		1							5,713	121	56	5	15	3
25	滋賀県									2,656	23	3		8	3
26	京都府	1								6,993	171	39	1	14	3
27	大阪府	9	7	6	1	1	3	1	6	9,682	975	373	71	40	6
28	兵庫県	4	3	3	1				1	11,254	641	205	28	21	10
29	奈良県	3	3		3	1	3		3	4,134	527	229	41	25	1
30	和歌山県									3,620	75	15	1	11	1
31	鳥取県									2,187	11	3		6	
32	島根県									1,967				3	2
33	岡山県									7,715	145	30		9	3
34	広島県									8,303	110	33	4	12	4
35	山口県									4,907	37	3		8	1
36	徳島県									2,822	30	5		7	1
37	香川県									3,288	15	2	1	12	1
38	愛媛県									7,619	30	6		7	1
39	高知県									4,091	15			5	2
40	福岡県									12,233	76	11		7	6
41	佐賀県									3,467	97	24		10	
42	長崎県									4,959	52	4		9	2
43	熊本県									3,233	13	1		6	4
44	大分県									4,125	30	1		6	5
45	宮崎県	1								3,526	67	12	1	14	4
46	鹿児島県		1							6,137	98	16	3	15	3
47	沖縄県									4,994	9			5	1
	合計	104	87	66	44	31	29	24	123	368,226	14,387	5,398	1,074		134

現場滞在時間区分ごとの件数(重症以上)

	都道府県	30分未満	30分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	合計	集計不能本部
1	北海道	15,745	235	20	4	1	1	16,006	7
2	青森県	6,657	53	2			5	6,717	
3	岩手県	6,237	102	6	1			6,346	
4	宮城県	8,342	498	49	5	4	1	8,899	1
5	秋田県	6,759	30	4	2			6,795	
6	山形県	5,086	26	1				5,113	
7	福島県	8,074	109	7	3	1	1	8,195	
8	茨城県	7,851	313	15	7	1	1	8,188	2
9	栃木県	6,104	272	16	5			6,397	
10	群馬県	6,900	149	13	3			7,065	1
11	埼玉県	18,308	1,988	196	47	7	4	20,550	1
12	千葉県	13,821	1,268	108	21	9	3	15,230	5
13	東京都	38,542	3,723	428	66	25	17	42,801	
14	神奈川県	23,876	1,596	145	28	13	6	25,664	1
15	新潟県	7,678	219	13	7	2	1	7,920	2
16	富山県	3,432	17	1		1		3,451	
17	石川県	4,739	33	6	1		1	4,780	
18	福井県	3,684	14					3,698	
19	山梨県	2,927	50	5	1			2,983	
20	長野県	7,980	96	13	1			8,090	1
21	岐阜県	6,923	74	8	4	2		7,011	3
22	静岡県	8,860	131	14		1	2	9,008	3
23	愛知県	19,032	240	29	8	1	2	19,312	1
24	三重県	5,848	145	8		1	1	6,003	3
25	滋賀県	2,494	24	1	1	1		2,521	2
26	京都府	7,865	102	8	2	1	1	7,979	3
27	大阪府	9,727	440	24	7	3	1	10,202	3
28	兵庫県	12,572	521	28	2	1	1	13,125	5
29	奈良県	3,826	304	18	4	1	1	4,154	1
30	和歌山県	4,027	35	2	1	2		4,067	
31	鳥取県	2,163	23		1			2,187	
32	島根県	2,979	36	3			1	3,019	
33	岡山県	7,764	69	11	1	2	3	7,850	3
34	広島県	7,098	253	23	1		3	7,378	5
35	山口県	4,806	53	9	1	2	1	4,872	1
36	徳島県	3,180	22	2				3,204	
37	香川県	3,740	29	3	1			3,773	
38	愛媛県	8,760	56	5	3	1	1	8,826	
39	高知県	4,005	27	6		1		4,039	2
40	福岡県	12,817	93	16	5	1	1	12,933	3
41	佐賀県	3,041	47	2	1			3,091	1
42	長崎県	4,002	77	7				4,086	1
43	熊本県	4,026	61	10	1		2	4,100	4
44	大分県	5,422	79	12	1			5,514	2
45	宮崎県	3,596	76	6	1		1	3,680	3
46	鹿児島県	5,800	81	5	3	2	1	5,892	4
47	沖縄県	5,212	46	8	1	1	1	5,269	
	合計	372,327	13,935	1,316	252	88	65	387,983	74

平成19年版 救急・救助の現況(総務省消防庁)

第2表 平成18年中消防防災ヘリコプター災害出動状況

(件)

区分	災害区分												計			
	火災			救助			救急			その他			管内	管外 応援	合計	
	管内	管外 応援	合計	管内	管外 応援	合計	管内	管外 応援	合計	管内	管外 応援	合計				
消防ヘリ	1 札幌市消防局	12	1	13	16	0	16	72	5	77	3	0	3	103	6	109
	2 仙台市消防局	45	1	46	36	2	38	23	7	30	24	0	24	128	10	138
	3 千葉市消防局	31	0	31	1	0	1	15	11	26	9	2	11	56	13	69
	4 東京消防庁	180	2	182	86	2	88	292	0	292	7	0	7	565	4	569
	5 横浜市消防局	82	1	83	2	4	6	0	0	0	11	0	11	95	5	100
	6 川崎市消防局	41	0	41	17	4	21	5	0	5	7	2	9	70	6	76
	7 名古屋市消防局	84	3	87	19	4	23	7	4	11	2	0	2	112	11	123
	8 京都市消防局	23	0	23	23	5	28	83	16	99	1	0	1	130	21	151
	9 大阪市消防局	22	0	22	1	0	1	4	0	4	1	0	1	28	0	28
	10 神戸市消防局	158	0	158	55	0	55	32	0	32	5	0	5	250	0	250
	11 岡山市消防局	21	5	26	8	1	9	28	1	29	5	0	5	62	7	69
	12 広島市消防局	39	11	50	29	4	33	26	47	73	5	0	5	99	62	161
	13 北九州市消防局	29	0	29	10	3	13	12	4	16	8	0	8	59	7	66
	14 福岡市消防局	79	1	80	23	4	27	38	12	50	5	0	5	145	17	162
小計	846	25	871	326	33	359	637	107	744	93	4	97	1,902	169	2,071	
道県ヘリ	1 北海道	4	0	4	33	0	33	91	0	91	8	0	8	136	0	136
	2 青森県	0	0	0	67	0	67	41	0	41	0	0	0	108	0	108
	3 岩手県	1	0	1	36	0	36	18	0	18	0	0	0	55	0	55
	4 宮城県	3	0	3	20	1	21	18	4	22	0	0	0	41	5	46
	5 秋田県	0	0	0	37	0	37	27	1	28	2	0	2	66	1	67
	6 山形県	1	0	1	57	0	57	44	0	44	4	0	4	106	0	106
	7 福島県	8	1	9	48	6	54	52	5	57	1	0	1	109	12	121
	8 茨城県	3	2	5	48	1	49	58	4	62	4	0	4	113	7	120
	9 栃木県	12	4	16	37	5	42	43	9	52	0	0	0	92	18	110
	10 群馬県	6	6	12	48	5	53	66	4	70	1	0	1	121	15	136
	11 埼玉県	19	8	27	31	4	35	34	12	46	4	0	4	88	24	112
	12 新潟県	0	0	0	36	0	36	29	2	31	22	0	22	87	2	89
	13 富山県	1	0	1	35	0	35	52	0	52	3	0	3	91	0	91
	14 石川県	0	0	0	26	10	36	28	5	33	2	0	2	56	15	71
	15 福井県	0	0	0	29	2	31	38	2	40	0	0	0	67	4	71
	16 山梨県	4	2	6	34	0	34	39	0	39	2	0	2	79	2	81
	17 長野県	9	1	10	60	2	62	126	2	128	19	0	19	214	5	219
	18 岐阜県	16	0	16	53	3	56	108	0	108	4	0	4	181	3	184
	19 静岡県	2	1	3	39	1	40	23	0	23	0	0	0	64	2	66
	20 愛知県	3	0	3	35	0	35	28	0	28	0	0	0	66	0	66
	21 三重県	4	0	4	23	5	28	27	5	32	0	0	0	54	10	64
	22 滋賀県	2	0	2	31	0	31	18	0	18	0	0	0	51	0	51
	23 兵庫県	6	0	6	17	0	17	83	0	83	2	0	2	108	0	108
	24 奈良県	0	0	0	17	0	17	12	3	15	1	0	1	30	3	33
	25 和歌山県	4	0	4	25	3	28	18	3	21	0	0	0	47	6	53
	26 鳥取県	2	3	5	22	0	22	57	5	62	1	1	2	82	9	91
	27 島根県	3	1	4	9	6	15	81	10	91	6	0	6	99	17	116
	28 広島県	13	1	14	2	0	2	41	0	41	1	0	1	57	1	58
	29 山口県	5	0	5	21	0	21	19	0	19	3	0	3	48	0	48
	30 徳島県	6	2	8	20	0	20	18	9	27	0	0	0	44	11	55
	31 香川県	2	0	2	6	1	7	14	6	20	5	0	5	27	7	34
	32 愛媛県	0	5	5	14	0	14	17	13	30	0	0	0	31	18	49
	33 高知県	10	0	10	38	2	40	221	1	222	2	0	2	271	3	274
	34 長崎県	3	0	3	5	0	5	22	0	22	7	0	7	37	0	37
	35 熊本県	6	1	7	25	4	29	203	6	209	1	0	1	235	11	246
	36 大分県	3	0	3	23	0	23	16	1	17	0	0	0	42	1	43
	37 宮崎県	1	1	2	26	0	26	38	4	42	3	0	3	68	5	73
	38 鹿児島県	1	0	1	9	0	9	34	0	34	3	0	3	47	0	47
小計	163	39	202	1,142	61	1,203	1,902	116	2,018	111	1	112	3,318	217	3,535	
合計	1,009	64	1,073	1,468	94	1,562	2,539	223	2,762	204	5	209	5,220	386	5,606	

※「その他」とは、地震、風水害、大規模事故等における警戒、指揮支援、情報収集等の調査活動並びに資機材、人員搬送等の出動で、火災、救助、救急出動以外の出動をいう。

救急医療情報の把握・提供体制等に関する調査について（結果概要）

平成20年11月20日
医政局指導課

1. 目的等

本年10月に東京都において産科救急患者が死亡するという事案を受け、同年10月27日に、各都道府県に対し、周産期母子医療センターの診療体制等の確認と改善の検討を要請する通知を発出した。

当該要請の中で、周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの運用状況を確認し、必要があれば適切に改善することを検討することとしている。

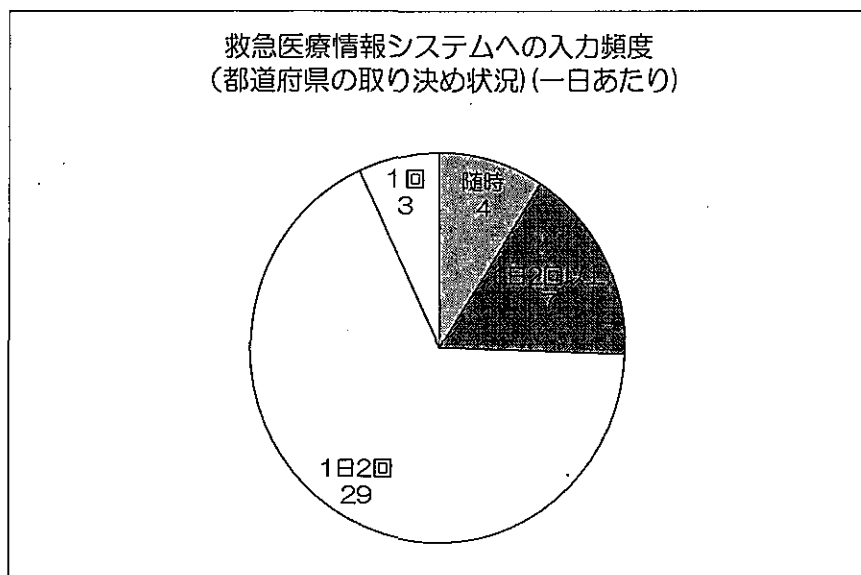
2. 結果（要点）

(1) 救急医療情報システム導入状況

救急医療情報システムについては、現在43県（都道府を含む）が導入している。

(2) 更新頻度

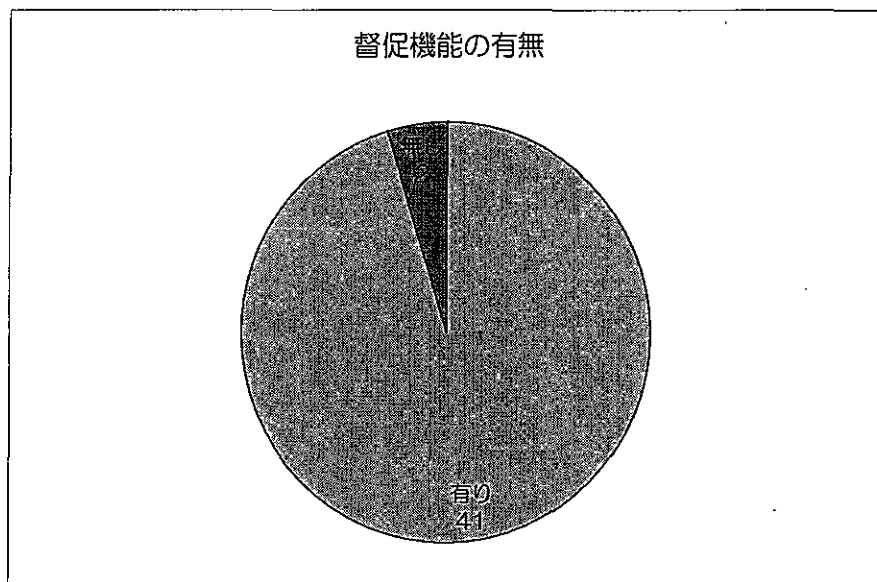
都道府県が医療機関に要請している救急医療情報システムの入力頻度については、「随時」が4県、「1日2回以上」が7県、「1日2回」が29県であり、大半が「1日2回」又はそれ以上を基準としている。



※「随時」とは、定時入力がなく、変更があればその都度入力しているもの

(3) 督促状況

入力督促状況については、「督促を行っている」が41県であり、その方法（複数回答）については、「救急医療情報センターの職員が行っている」が26県、「システムが自動的にしている」が25県である。

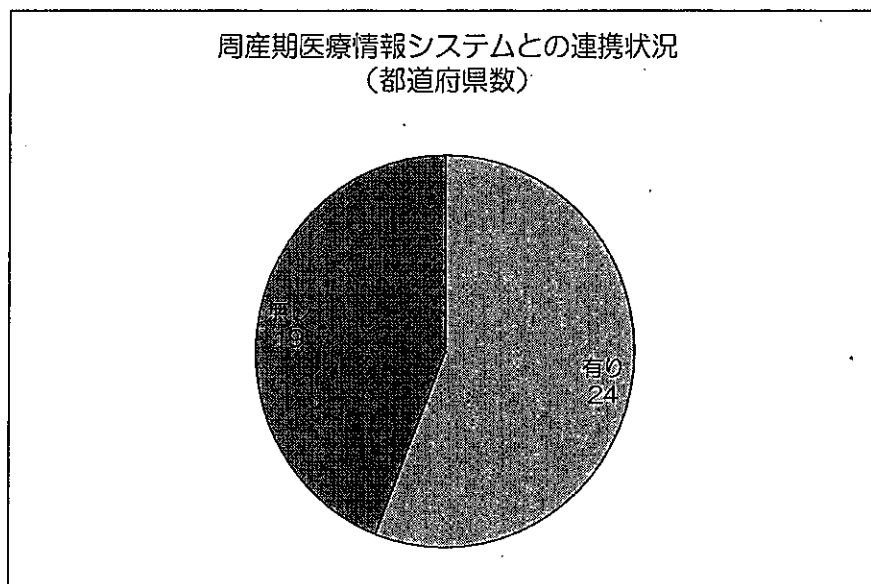


(4) 更新頻度を高めるために行った具体的工夫（主なもの）

- ・ 時間内に更新がない場合、システムにより自動督促、さらに更新がない場合は職員が電話にて再度督促を行っている
- ・ 医師会報等を活用した入力更新の周知
- ・ 最新の状況を入力するように定期的に依頼、入力訓練の実施
- ・ 参加している医療機関に訪問して個別に要請
- ・ システムリニューアルにより、医療機関が入力しやすい画面構成・機能強化を図ったほか、専用端末を廃止して、全機能インターネット運用とし、どのパソコンや携帯電話からでも入力を可能とした
- ・ システムに自動督促機能を付加するとともに、医療機関が入力困難な場合は状況を聴取し代行入力を実施
- ・ 各医療機関の入力体制及び連絡網の整備（責任体制及び入力者の明確化）

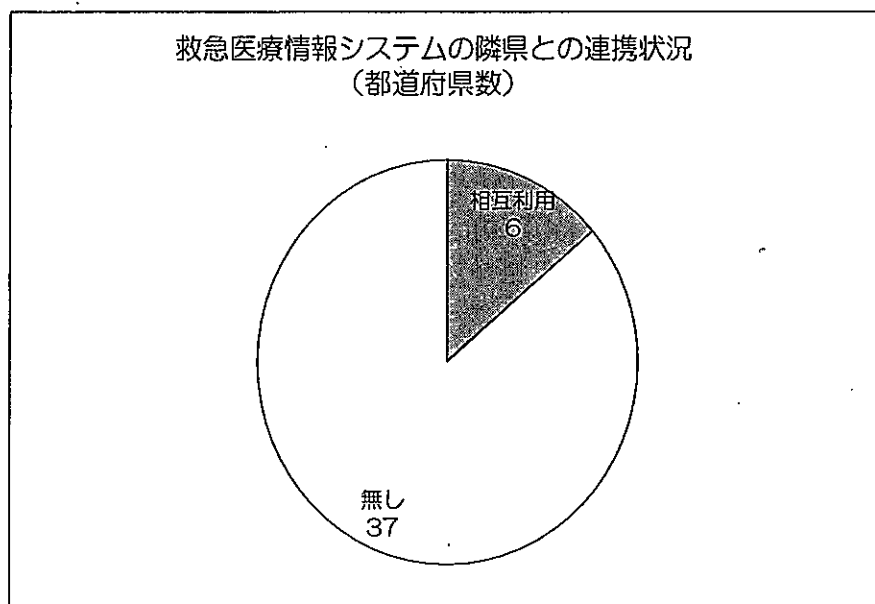
(5) 周産期医療情報システムが使用（閲覧）できるか

救急医療情報システムから周産期医療情報システムが使用（閲覧）できる
ところは24県である。



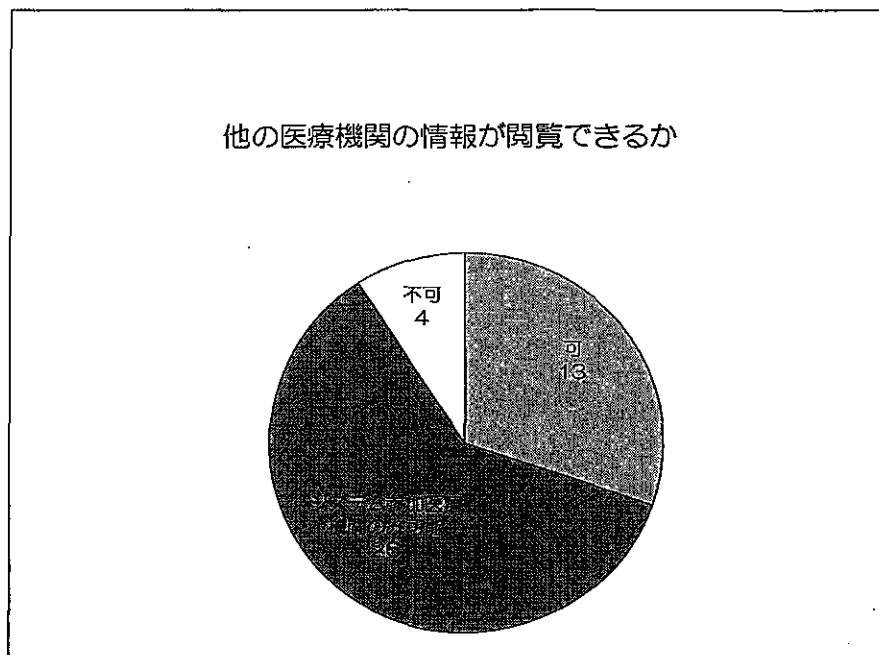
(6) 隣県の救急医療情報システムが使用（閲覧）できるか（隣接県との連携）

隣接県と「相互利用」しているところが6県である。



(7) 医療機関から情報が閲覧できるか

県内の医療機関が情報を閲覧できる場所は39県であり、そのうち、システム参加医療機関のみ可能であるところは26県である。

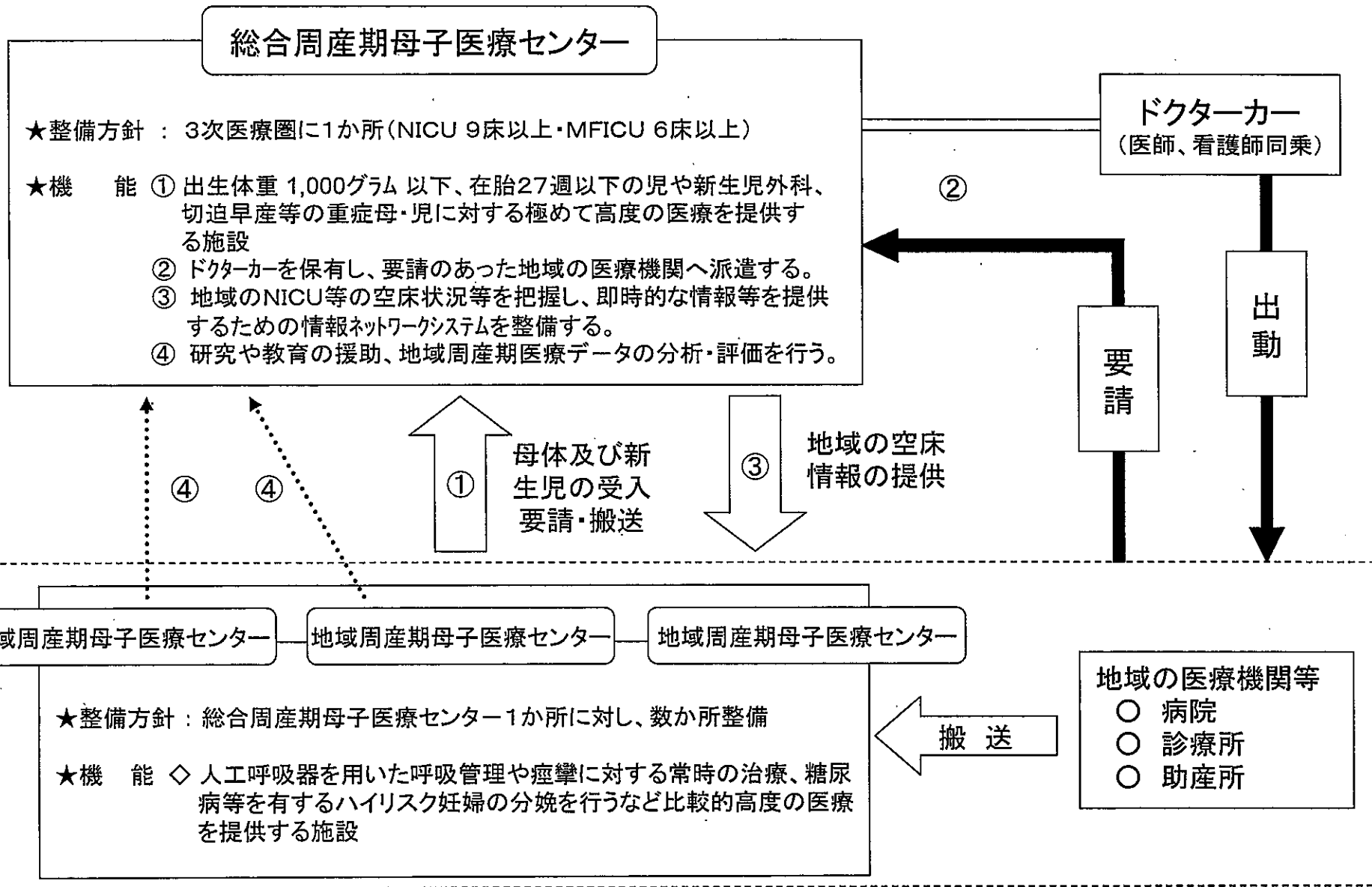


(8) 救急医療情報の提供体制において課題と考えている事項（主なもの）

- ・ 医療機関の応需情報の入力率の向上
- ・ 本県のシステムは、医療機関において活用されているが、救急搬送を担う消防本部では主たる手段として活用されない。活用されていない理由等を分析した上で、有効活用されるシステムへの改良が課題
- ・ 情報の即時性を求めると、参加医療機関へより一層の協力を求めることになるが、医療機関の負担増につながるため困難であり今後の課題
- ・ 全ての近隣府県との情報システムのリンクが有効と考えているが、一部実施できていない
- ・ 隣県との情報共有、システムの連携
- ・ 最終的に救急搬送機関が搬送先医療機関を決定するにあたっては直接相互に電話等で確認を行う必要があることから、平時において、救急医療機関と救急搬送機関のヒューマンネットワーク構築が必要

5. 周産期医療体制の現状

周産期医療体制図



周産期医療体制の充実

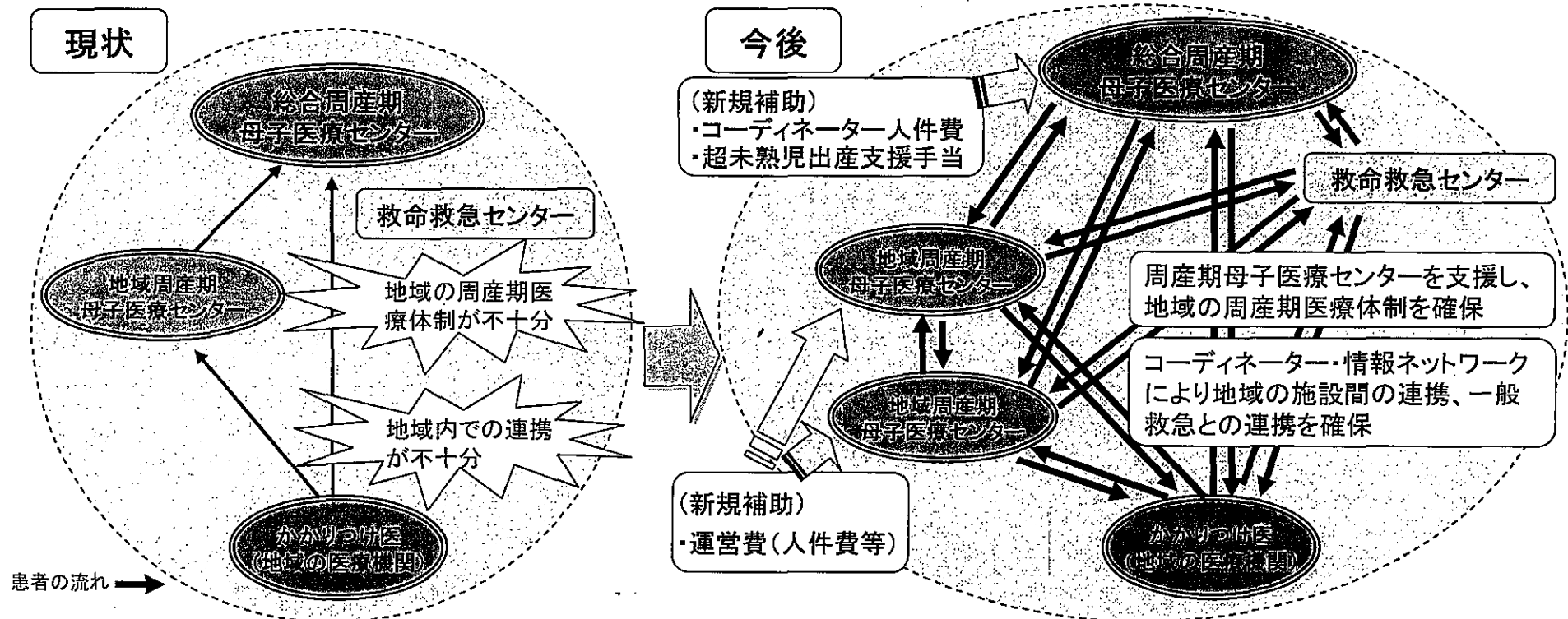
○安心できるお産体制の確保

- ・「総合周産期母子医療センター」(合併妊娠症、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体又は児のリスクの高い妊娠を対象に、出産前後の母体及び胎児、新生児の一貫した管理を行う)に、超未熟児出産支援手当への一部補助を新たに実施
- ・「地域周産期母子医療センター」(出産前後の母体及び胎児、新生児の一貫した管理が必要な比較的高度な医療を提供)に、運営費(超未熟児出産支援手当を含む。)の一部補助を新たに実施

○地域の周産期医療施設間の連携、一般救急との連携の確保

- ・母体搬送コーディネーターの配置、情報ネットワークの整備

※ このほか、産科医療の確保に関して、産科医療を担う医師等に支払う分娩取扱手当に対する支援等を行う。



○周産期医療対策事業・・・救急医療を必要とする未熟児等に対応するため、都道府県において妊婦及び新生児に対する周産期医療についての体制(総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、周産期医療情報センター等)を整備。

総合周産期母子医療センターの整備状況について

現在、45都道府県において整備済み。各都道府県のセンターは下表のとおり。

※未整備県は、山形県、佐賀県。

平成20年8月1日現在

都道府県	施設名
北海道	総合病院釧路赤十字病院
	市立札幌病院
	函館中央病院
青森県	青森県立中央病院
岩手県	岩手医科大学附属病院
宮城県	仙台赤十字病院
秋田県	秋田赤十字病院
福島県	福島県立医科大学医学部附属病院
茨城県	総合病院土浦協同病院
	筑波大学附属病院
栃木県	自治医科大学附属病院
	獨協医科大学病院
群馬県	群馬県立小児医療センター
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター
千葉県	亀田総合病院
	東京女子医科大学附属八千代医療センター
東京都	東京都都立墨東病院
	母子愛育会附属愛育病院
	東京女子医科大学病院
	東邦大学医学部附属大森病院
	帝京大学医学部附属病院
	杏林大学医学部附属病院
	日本赤十字社医療センター
	日本大学医学部附属板橋病院
	昭和大学病院
神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	北里大学病院
	東海大学医学部附属病院
	横浜国立大学附属市民総合医療センター
新潟県	長岡赤十字病院
	新潟市民病院
富山県	富山県立中央病院
石川県	石川県立中央病院
福井県	福井県立病院
山梨県	山梨県立中央病院
長野県	長野県立こども病院
岐阜県	岐阜県総合医療センター

都道府県	施設名
静岡県	聖隷浜松病院
	順天堂大学医学部附属静岡病院
愛知県	名古屋第一赤十字病院
三重県	国立病院機構三重中央医療センター
滋賀県	大津赤十字病院
京都府	京都第一赤十字病院
大阪府	大阪府立母子保健総合医療センター
	高槻病院
	愛染橋病院
	関西医科大学附属枚方病院
大阪府	大阪大学医学部附属病院
兵庫県	兵庫県立こども病院
奈良県	奈良県立医科大学付属病院
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
島根県	島根県立中央病院
岡山県	倉敷中央病院
	国立病院機構岡山医療センター
広島県	県立広島病院
	広島市民病院
山口県	山口県立総合医療センター
徳島県	徳島大学病院
香川県	国立病院機構香川小児病院
	香川大学医学部附属病院
愛媛県	愛媛県立中央病院
高知県	高知県・高知市企業団立高知医療センター
福岡県	福岡大学病院
	久留米大学病院
	聖マリア病院
	北九州市立医療センター
福岡県	九州大学病院
長崎県	国立病院機構長崎医療センター
熊本県	熊本市立熊本市市民病院
大分県	大分県立病院
宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
鹿児島県	鹿児島市立病院
沖縄県	沖縄県立中部病院
	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
45都道府県 75か所	

周産期医療ネットワークに関する実態調査の結果について

平成 20 年 12 月
雇用均等・児童家庭局
母子保健課

本調査は、平成20年10月27日付け通知に基づき、各都道府県の周産期医療ネットワークの実態等の把握を目的として実施したものである。(調査時点において周産期医療ネットワーク未整備2県を含め調査。)

◎ 周産期医療ネットワーク関係

平成20年度の状況について、47の全都道府県担当者からの回答を集計したもの。

1 周産期医療協議会（20年度実施（予定も含む））

- (1) 全都道府県（47自治体）において、周産期医療協議会を設置済み。
- (2) 周産期医療協議会の開催回数は、平均1.8回/年。

2 NICU等の充足状況についての認識

- (1) NICUの充足状況の認識は、「(ほぼ)充足している」が24自治体、「不足している」が23自治体。
- (2) MFICUの充足状況の認識は、「(ほぼ)充足している」が33自治体、「不足している」が12自治体、「把握していない」が2自治体。

3 周産期医療関係者研修

- 全都道府県のうち、周産期医療関係者研修を開催しているのは44自治体。

4 周産期救急情報システム

- (1) 総合・地域周産期母子医療センター等の空床状況等の応需情報を提供するコンピュータシステムを設置しているのは37自治体。うち一般救急システムと連携しているのは18自治体。
- (2) 応需情報の更新頻度については、「リアルタイムでの更新」が4自治体、「概ね1日に2回更新」が8自治体、「概ね1日に1回更新」が21自治体、「医療機関により異なる」が2自治体、「その他」が2自治体。

※ 「最終的には、送り側と受け側の医師同士の直接の対話（電話）が必要であり、情報システムの有用性はきわめて限局的」「受け入れられる医療機関が限られているため、システムを利用するより、直接電話で連絡した方が早い」「繁忙な医療機関において、応需情報をリアルタイムで入力するのは困難」といった意見もあった。

5 周産期医療に係るコーディネーターの配置について

- (1) 全都道府県のうち、ハイリスク妊婦の搬送コーディネーターを配置しているのは5自治体。
- (2) 全都道府県のうち、ハイリスク新生児の搬送コーディネーターを配置しているのは2自治体。

6 管内に複数の総合周産期母子医療センターが指定されている都道府県について

- 該当する都道府県は14自治体。うち、周産期医療の調整を行う基幹病院を定めているのは4自治体。

7 他県との連携状況

- 県境地域の周産期の搬送体制について、他県と協議の場を持つなど連携を図っているのは12自治体。
- ※ 他県と連携していない自治体における主な理由は、「県外搬送の実績がない(少ない)」「県間では連携していないが、病院間の個別の連携により搬送・受入が行われている」などであった。

8 助産所との連携について

- 管内に分娩を取扱う助産所が存在するのが39自治体。うち、周産期医療ネットワークに助産所を組み入れているのは、30自治体。

9 現状の周産期ネットワークにおける問題点（主なもの）

- 産科、小児科の医師不足や看護師不足により、現状維持の確保に苦慮している。
- 地域の産科の減少により、正常分娩の妊婦までが、総合・地域周産期母子医療センターに集中している。
- 周産期医療情報システムにおいて、医師が入力を行っているため、多大な負担をかけていることから、入力を行う補助者を置くなど、環境整備が必要。

◎ 総合周産期母子医療センター

各センターからの回答を集計したもの。特に言及している項目以外は直近の状況。

(1) NICUについて

ア) 病床数 (有効回答75センター)

NICU病床数	6	9	12	15	18	20	21	22以上
センター数	4	32	19	6	4	1	6	3
割合 (%)	5.3	42.6	25.3	8.0	5.3	1.3	8.0	4.0

イ) 病床利用率 (有効回答74センター) (※19年度実績)

病床利用率 (%)	~70	~80	~90	~100
センター数	2	2	14	56
割合 (%)	2.7	2.7	18.9	75.7

ウ) 平均入院期間 (有効回答73センター) (※19年度実績)

平均入院期間 (日)	~20	~30	~40	~50	~60	~70
センター数	23	32	12	3	2	1
割合 (%)	31.5	43.8	16.4	4.1	2.7	1.4

エ) 後方病床数 (有効回答75センター)

後方病床数	~10	~20	~30	~40	41以上
センター数	8	30	30	4	3
割合 (%)	10.7	40.0	40.0	5.3	4.0

(2) MFICUについて

ア) 病床数 (有効回答75センター)

病床数	3	6	9	10	11	12	15
センター数	4	49	15	1	1	4	1
割合 (%)	5.3	65.3	20.0	1.3	1.3	5.3	1.3

イ) 病床利用率 (有効回答71センター) (※19年度実績)

病床利用率 (%)	~50	~60	~70	~80	~90	~100
センター数	8	6	9	8	23	17
割合 (%)	11.3	8.5	12.6	11.3	32.4	23.9

ウ) 後方病床数 (有効回答71センター)

後方病床数	～10	～20	～30	～40	～50	51以上
センター数	24	25	10	8	2	2
割合 (%)	33.8	35.2	14.1	11.2	2.8	2.8

(3) 搬送受入が出来なかった理由 (※19年度実績)

- ア) 新生児搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、42センター / 有効回答70センター
 うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった42センターの理由別センター数の割合 (複数回答)

理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	41	5	12
割合 (%)	97.6	11.9	28.5

- イ) 母体搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、54センター / 有効回答74センター
 うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった53センターの理由別センター数の割合 (複数回答)

理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	49	31	12	30
割合 (%)	92.5	58.5	22.6	56.6

(4) 夜間・土日の医師の当直体制

- ア) 新生児科 (NICU) の当直体制は、医師1人の施設が60センター、医師2人以上の施設が15センター (有効回答75センター)

- イ) 産科 (MFICU) の当直体制は、
 ・MFICU6床以下の53センターのうち、医師1人が37センター、医師2人以上が16センター
 ・MFICU7床以上の22センターのうち、医師1人が6センター、医師2人以上が16センター

(※ 土日の昼間が複数医師での勤務体制であっても、夜間当直が医師1人のセンターについては、医師1人当直として集計。)

(5) 救命救急センターの指定を受けているセンターは、53センター／有効回答75センター

※ 救命救急センターの指定を受けていない22センターについては、

ア) 脳血管障害合併症（疑いを含む）の妊婦に対し、自施設で対応可能な施設が14センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが8センター、

イ) 急性心疾患合併症（疑いを含む）の妊婦に対し、自施設で対応可能な施設が13センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが9センター、

ウ) 妊娠中の交通外傷など外傷患者に対し、自施設で対応可能な施設が15センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが7センター、

エ) 妊娠中のDIC、敗血症など急性かつ重症患者への対し、自施設で対応可能な施設が19センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが3センター、である。

(6) ドクターカーを保有しているセンターは、47センター／有効回答75センター

◎ 地域周産期母子医療センター

各センターからの回答を集計したもの。特に言及している項目以外は直近の状況。

(1) 運用状況

○39都道府県において、236センターが認定されている

うち、6センターが現在休止中

○230センターのうち、産科部門については、

- ・218センターがハイリスク妊娠に対応している
- ・9センターが原則としてハイリスク妊娠には対応していない
- ・1センターが現在、産科診療の取扱いを休止中
- ・2センターが、認定時から産科を標榜していない

○230センターのうち、新生児部門については、

- ・136センターが新生児特定集中治療管理室加算の対象となっている。
- ・11センターが上記の加算対象ではないが、新生児科専任医師が勤務しており、ハイリスク新生児への対応を行っている
- ・82センターが新生児科専任医師が勤務していないが、常勤の小児科医又は産科医が新生児医療を担当している
- ・1センターが現在、新生児医療の取扱いを休止中

(2) NICUについて（診療報酬非加算を含む）

病床数（有効回答229センター）

NICU病床数	～6	～9	～12	～15	～18	19以上
センター数	147	44	18	11	5	4
割合（％）	64.2	19.2	7.9	4.8	2.2	1.7

(3) 搬送受入が出来なかったケース（※19年度実績）

ア) 新生児搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、59センター／有効回答179センター

イ) 母体搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、89センター／有効回答181センター

(4) 救命救急センターの指定を受けているセンターは、75センター／有効回答230センター

※ 救命救急センターの指定を受けていない152センター（産科診療を休止中の

センター等を除く)については、

- ア) 脳血管障害合併症(疑いを含む)の妊婦に対し、自施設で対応可能な施設が98センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが47センター(有効回答145センター)
- イ) 急性心疾患合併症(疑いを含む)の妊婦に対し、自施設で対応可能な施設が108センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが37センター(有効回答145センター)
- ウ) 妊娠中の交通外傷など外傷患者に対し、自施設で対応可能な施設が113センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが29センター(有効回答142センター)
- エ) 妊娠中のDIC、敗血症など急性かつ重症患者への対し、自施設で対応可能な施設が115センター、自施設で対応できないが近隣に対応可能な医療機関が存在するのが30センター(有効回答145センター)である。

(5) ドクターカーを保有しているセンターは、59センター／有効回答230センタ

周産期医療ネットワークに関する実態調査について

番号	都道府県	周産期医療協議会の設置の有無	NICUの充足状況			MFICUの充足状況			周産期医療関係者研修の実施の有無	コンピューターによる周産期救急情報システム			ハイリスク妊婦の搬送に係るコーディネーターの配置の有無	ハイリスク新生児の搬送に係るコーディネーターの配置の有無	他県との連携状況の有無	助産所のネットワークへの組み入れの有無	管内に複数の総合周産期母子医療センターが指定され、周産期医療の調整を行う基幹病院の有無
			充足	不足	未把握	充足	不足	未把握		設置の有無	他システムとの連携	更新頻度					
1	北海道	○	○			○			○	○	単独	1日1回以上の更新が基本	×	×	×	×	×
2	青森県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	×	—
3	岩手県	○		○		○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に2回更新	×	×	×	—	—
4	宮城県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
5	秋田県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね12時間に1回更新	×	×	×	—	—
6	山形県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	×	—	—
7	福島県	○	○			○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
8	茨城県	○		○		○			○	○	一般の救急医療のシステム	病院により異なる	×	×	×	○	×
9	栃木県	○		○		○			○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	○	○	×	×	×
10	群馬県	○		○		○			○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
11	埼玉県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
12	千葉県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	1日に2回更新	○	×	×	○	×
13	東京都	○		○			○		○	○	単独	リアルタイムでの更新	×	×	×	○	×
14	神奈川県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	定期的に朝夕2回以上	×	×	×	○	×
15	新潟県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	○	○	×
16	富山県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	○	—	—
17	石川県	○		○			○		○	○	単独	リアルタイムでの更新	×	×	○	○	—
18	福井県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	○	○	—
19	山梨県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	×	○	—
20	長野県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
21	岐阜県	○		○			○		×	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
22	静岡県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	×
23	愛知県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
24	三重県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	○	○	—
25	滋賀県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	○	○	—
26	京都府	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に2回更新	○	○	○	○	—
27	大阪府	○		○			○		○	○	単独	概ね12時間に1回更新	○	×	○	○	○
28	兵庫県	○		○			○		○	○	単独	リアルタイムでの更新	×	×	○	○	—
29	奈良県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	○	×	○	○	—
30	和歌山県	○		○			○		○	○	単独	最低1日に1回以上更新	×	×	○	○	—
31	鳥取県	○		○			○		×	×	—	—	×	×	×	×	—
32	島根県	○		○			○		○	○	その他システムと連携	変更があれば更新	×	×	×	—	—
33	岡山県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	医療機関により、頻度は異なる	×	×	×	×	○
34	広島県	○		○			○		○	○	単独	リアルタイムでの更新	×	×	×	×	○
35	山口県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回で更新を依頼	×	×	×	×	—
36	徳島県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	○	—	—
37	香川県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	朝と夕方各1回	×	×	×	○	×
38	愛媛県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	1日に2回更新を依頼	×	×	×	○	—
39	高知県	○		○			○		○	○	一般の救急医療のシステム	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
40	福岡県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	○
41	佐賀県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	×	—	—
42	長崎県	○		○			○		×	×	—	—	×	×	×	×	—
43	熊本県	○		○			○		○	○	単独	入退院の動きがあった時点での更新	×	×	×	—	—
44	大分県	○		○			○		○	○	単独	概ね1日に1回更新	×	×	×	○	—
45	宮崎県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	×	○	—
46	鹿児島県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	×	○	—
47	沖縄県	○		○			○		○	×	—	—	×	×	×	×	×
合計		47	24	23	0	33	12	2	44	37			5	2	12	30	4

総合周産期母子医療センターについて

救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU						NICUに併設された新生児の回復室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無 新生児	M F I C U						M F I C Uに併設された産科の回復室(後方病室)	一般の産科病床(左記を除く産科病床)	搬送不可事例の有無 母体	
			病床数	年間延利用日数(日)	平均入院期間(日)	最大入院期間(日)	病床利用率(%)	年間利用実人員(人)			病床数	年間延利用日数(日)	平均入院期間(日)	最大入院期間(日)	病床利用率(%)	年間利用実人員(人)				
1	○	0	0	12	4,399	19.20	355	100.00	229	24	有	9	3,074	9.30	52	93.32	328	18	10	無
2	×	0	1	9	3,185	10.50	90	97.00	302	21	有	6	1,841	8.50	100	84.00	193	21	21	有
3	○	0	1	9	3,309	25.80	374	100.00	3,203	21	有	6	2,196	27.20	233	98.80	2,096	12	23	有
4	○	0	1	12	3,661	16.40	84	83.30	241	15	不明	9	2,938	14.20	27	88.90	204	6	0	有
5	×	0	1	18	6,309	27.10	124	95.80	232	24	有	9	367	2.60	12	12.90	142	91	0	有
6	×	0	2	21	7,629	20.30	92	99.50	924	30	有	6	1,511	4.90	61	70.00	323	0	41	有
7	○	0	2	12	4,325	33.00	150	99.00	251	13	有	9	2,900	19.00	60	89.00	167	0	30	有
8	×	0	2	18	6,668	19.30	90	100.00	327	20	有	6	2,560	7.10	61	100.00	316	3	43	有
9	○	1	0	9	2,497	28.00	60	76.00	89	18	有	6	1,610	8.00	18	73.00	205	14	0	有
10	×	0	1	15	5,277	12.40	881	95.10	560	35	有	6	1,955	6.40	66	89.10	307	26	0	有
11	○	0	0	21	-	-	-	-	-	10	有	6	-	-	-	-	-	12	15	有
12	○	1	1	9	2,670	16.30	366	81.06	164	8	無	6	1,014	12.10	69	92.34	84	11	10	有
13	○	0	0	9	2,944	21.80	88	89.82	132	9	有	6	1,639	6.30	37	74.66	245	0	14	無
14	○	0	1	6	2,194	18.60	87	99.90	116	18	無	3	894	7.20	55	81.40	125	37	0	無
15	×	0	2	15	4,910	28.40	605	89.44	173	20	有	6	577	5.60	61	26.28	103	0	33	有
16	×	0	2	18	5,051	17.70	91	92.30	286	32	有	6	1,802	13.10	56	82.30	138	0	44	有
17	○	0	0	6	3,284	10.90	90	100.00	301	12	有	6	626	2.80	7	19.10	222	29	0	有
18	○	0	2	9	3,265	31.40	90	99.40	113	25	有	6	1,882	7.10	46	85.70	277	0	30	有
19	○	0	0	9	3,112	29.10	323	96.40	107	15	無	6	2,351	22.40	95	98.20	105	14	0	有
20	×	0	1	6	2,178	45.40	94	99.45	161	12	無	3	937	75.00	95	85.57	74	8	30	有
21	×	0	1	9	3,195	62.60	90	97.00	119	21	無	6	1,862	10.90	36	84.80	330	30	0	無
22	○	0	0	9	3,156	17.40	106	88.80	193	3	無	6	2,160	14.90	98	98.40	150	0	20	無
23	○	0	2	15	5,543	33.00	91	100.00	169	30	無	6	2,044	7.00	20	93.08	311	28	4	有
24	○	0	0	9	366	27.30	121	97.30	123	15	有	3	366	8.30	64	69.40	65	6	20	有
25	○	0	1	9	3,293	19.60	86	100.00	169	20	有	9	1,154	8.90	14	45.70	131	18	0	有
26	○	1	2	9	3,880	14.80	87	100.00	262	14	無	9	3,274	6.50	87	99.30	453	13	0	有
27	○	0	3	33	8,390	23.87	202	69.40	346	89	無	12	3,875	5.93	72	88.20	524	25	0	有
28	×	0	1	9	3,369	40.60	89	99.20	81	21	不明	6	1,947	14.20	80	83.00	129	33	0	有
29	○	0	0	12	3,877	23.20	91	88.27	167	19	有	6	-	-	-	-	-	22	0	有
30	○	1	0	9	3,235	38.50	90	97.78	84	11	無	6	1,302	8.60	53	88.33	167	34	0	有
31	×	0	1	15	3,518	16.00	90	64.10	220	43	有	6	1,497	7.40	14	68.20	201	12	16	有
32	○	0	1	9	3,290	25.00	90	99.88	132	24	無	6	1,878	12.00	34	85.52	152	19	0	無
33	×	0	0	9	3,308	39.30	90	100.00	89	12	無	6	-	-	-	-	-	0	30	無
34	○	0	1	36	12,998	21.20	247	98.65	612	44	無	6	904	5.60	14	89.12	161	16	0	無
35	○	0	0	12	4,941	25.10	364	100.00	197	18	無	6	1,901	5.20	14	86.60	369	0	29	無
36	○	0	0	12	4,235	29.81	248	96.40	233	18	無	6	2,023	31.72	14	92.10	129	0	20	無
37	×	0	0	9	2,859	24.10	91	86.77	122	9	無	6	1,745	16.60	16	79.46	136	6	40	無
38	○	0	0	20	3,295	27.20	366	100.00	87	21	有	6	2,096	17.20	46	85.40	149	12	18	有
39	×	0	0	6	2,157	13.10	89	98.50	165	16	無	3	554	6.50	14	50.60	85	16	17	無
40	○	0	1	9	2,758	25.80	100	83.70	110	15	有	9	2,845	14.10	81	86.60	189	16	0	無
41	○	0	2	21	7,428	35.40	231	96.90	210	16	無	9	2,514	13.30	73	76.50	189	38	33	無
42	×	0	1	9	3,314	24.30	90	100.00	136	26	無	6	684	5.70	14	31.10	120	12	27	有

医 師 の 勤 務 状 況																				
【 産 科 部 門 の 医 師 数 】						【 新 生 児 部 門 の 医 師 数 】						【 医 師 の 当 直 体 制 】								
① 周産期センター（産科）の専任医師			② ①以外で日中、産科診療（分娩）に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤帯は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科（MFICU）			新生児科（NICU）		
常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	研修医・レジ デントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	研修医・レジ デントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	研修医・レジ デントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	研修医・レジ デントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	研修医・レジ デントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間
1	3	3	0	0	0	6	2	0	5	1	0.1	4	0	0	2	2	2	1	1	1
2	0	0	0	6	0	0	0	1	7	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1
3	5	4	3	0	0	0	0	0	4	2	0.2	5	4	0.5	1	1	1	1	1	1
4	5	0	0	2	3	0	0	0	4	2	0.8	6	1	0.5	2	2	2	2	2	2
5	9	0	0	0	0	0.7	0	0	12	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2
6	2	0	0	9	3	0	0	0	7	0	0	3	0	0	2	2	2	2	2	2
7	14	7	3	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
8	1	0	0	7	1	0	0	1	3	0	0	7	1	0	1	1	1	1	1	1
9	3	0	9.45	0	0	0	13	0	3	0	9.5	2	0	0	2	2	2	1	1	1
10	7	0	0	0	0	0	0	1	6	4	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
11	3	2	0	11	4	1	0	0	5	3	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2
12	2	0	0	6	1	0	6	0	5	2	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
13	3	0	0	8	1	3.6	0	0	2	5	0	9	3	0.6	1	1	1	1	1	1
14	7	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0	0	1	1	1	1	1	1
15	5	4	0	0	0	0	0	0	5	2	0	3	6	0.5	1	1	1	1	1	1
16	4	4	0	0	0	0	0	0	4	3	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
17	3	1	0	0	0	0	5	0	3	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
18	5	3	3	0	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
19	1	0	0	4	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
20	2	0	1	2	5	5	7	0	2	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
21	4	1	0	8	0	0	0	0.2	5	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1
22	2	0	0	6	0	0	1	0	5	1	0	12	0	0	1	1	1	1	1	1
23	0	0	0	8	4	1	0	0	6	0	0.4	0	0	0	1	1	1	1	1	1
24	3	0	0	4	0	0	0	0.1	2	1	0	5	1	0	1	1	1	1	1	1
25	8	4	0	9	4	0	0	0	5	2	0	11	0	0	3	3	3	1	1	1
26	6	2	0	0	0	0	1	0	5	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
27	6	4	1.46	0	0	0	0	0	5	0	1.93	2	0	0	2	2	2	1	1	1
28	1	0	0	6	5	0	0	2.6	4	1	1.5	1	0	0	2	2	2	1	1	1
29	4	4	0	12	6	0	0	0	4	7	0	15	13	0	1	1	1	3	2	2
30	5	2	0	0	1	0	0	0	4	2	0	5	1	0	1	1	1	1	1	1
31	6	2	0	0	0	0	0	0	4	3	0	6	0	0	1	1	1	1	1	1
32	4	0	0	3	3	0	2	0	4	2	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
33	3	0	2	17	0	0	0	数人	2	3	0	6	0	0	1	1	1	1	1	1
34	3	1	0	4	2	0	1	0	11	2	0.25	5	0	0	2	2	2	3	3	3
35	5	7	0	3	0	1	0	2	6	2	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
36	9	3	0	0	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
37	0	0	0	7	0	0.4	0	0	0	0	0	8	0	0	1	1	1	1	1	1
38	8	2	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
39	6	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
40	4	2	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
41	5	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
42	7	0	4	0	1	0	0	0	7	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1

救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU							NICUに併設された新生児の回復期治療室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無 新生児	MFICU						MFICUに併設された産科の回復期治療室(後方病室)	一般の産科病床(左記を除く産科病床)	搬送不可事例の有無 母体		
			病床数	年間延利用日数(日)	平均入院期間(日)	最大入院期間(日)	病床利用率(%)	年間利用実人員(人)	病床数			年間延利用日数(日)	平均入院期間(日)	最大入院期間(日)	病床利用率(%)	年間利用実人員(人)						
43	○	0	0	9	3,083	22.90	89	93.30	141	27	無	6	1,570	8.50	14	70.00	181	14	12	無		
44	○	1	0	9	3,331	27.60	275	100.00	99	8	不明	6	1,250	13.20	103	56.90	73	0	31	有		
45	×	0	1	9	3,244	19.70	104	98.90	165	6	有	6	2,129	15.20	57	96.70	140	26	0	有		
46	○	0	1	9	3,075	18.40	93	93.30	167	25	無	6	1,120	10.90	67	51.00	103	0	50	有		
47	○	0	1	12	4,383	12.80	203	100.00	356	24	有	12	4,257	14.20	114	100.00	331	0	50	有		
48	○	0	2	9	3,340	58.80	90	100.00	104	30	有	11	2,685	9.60	14	66.90	261	29	0	有		
49	×	0	1	12	3,884	28.60	90	88.43	136	20	有	6	508	7.10	14	23.13	72	12	0	有		
50	○	1	0	24	8,376	22.90	366	95.40	325	22	有	15	5,336	14.60	200	97.20	268	31	14	有		
51	○	0	2	9	2,984	8.20	250	91.10	103	18	無	6	1,348	3.70	123	61.60	141	12	10	無		
52	×	0	0	15	5,263	42.30	236	94.20	404	25	無	6	1,218	16.50	82	55.40	200	35	0	有		
53	×	0	0	9	3,206	19.00	193	97.60	173	26	有	6	1,571	4.00	37	71.74	469	59	0	有		
54	○	0	0	12	4,057	26.20	93	92.00	176	24	有	9	2,515	5.60	88	76.00	424	33	0	有		
55	○	0	1	9	3,198	20.90	90	97.10	153	23	有	6	1,704	12.00	70	77.60	142	0	75	有		
56	○	0	1	12	4,392			93.00	117	24	有	9	3,294			81.00	179	42		有		
57	○	0	0	12	4,380	17.00	90	98.60	260	40	有	6	2,190	8.40	14	86.40	230	0	100	有		
58	○	0	1	12	4,269	21.60	385	97.70	198	24	有	10	2,544	8.80	109	70.00	269	20	10	有		
59	○	0	1	12	3,901	23.50	366	89.17	178	24	有	9	1,841	4.70	62	55.56	369	43	0	有		
60	○	0	1	15	5,489	26.00	363	99.99	212	24	有	12	3,957	6.70	77	90.09	591	24	0	有		
61	○	0	0	12	4,359	21.80	90	99.20	200	33	有	9	2,074	10.10	14	63.00	206		10	有		
62	×	0	1	21	5,280	14.00	88	96.00	314	22	有	6	859	2.00	14	38.00	401	0	24	有		
63	○	0	1	18	6,259	26.90	95	95.00	245	17	有	6	1,763	8.90	24	80.30	248	12	17	有		
64	○	1	1	12	3,255	21.00	114	74.00	120	12	不明	9	2,924	9.00	94	89.00	259		32	不明		
65	○	0	2	9	2,878	32.30	366	88.70	154	12	有	6	1,706	21.80	19	95.50	213	12	18	有		
66	○	0	0	12	3,276	32.10	1,187	99.45	102	18	有	6	1,327	10.60	48	60.43	125	12	10	有		
67	○	0	1	9	3,322	31.80	254	100.00	113	21	不明	6	314	16.00	61	85.80	23	12	9	有		
68	○	0	0	9	5,276	32.20	161	80.30	164	14	無	9	3,049	11.50	95	92.80	263	18	15	有		
69	○	0	1	9	3,183	34.90	287	96.90	173	16	無	6	1,795	9.50	119	81.70	276	16	22	無		
70	○	0	0	12	3,923	59.50	154	98.00	132	8	有	6	1,003	12.00	69	52.00	93	0	25	有		
71	○	0	0	9	3,065	33.00	243	93.00	93	16	有	9	211	2.30	14	6.40	93	35	0	無		
72	×	0	1	21	6,672	28.90	90	92.30	265	21	無	6	1,799	9.60	14	82.10	171	0	21	無		
73	○	0	1	12	64	11.90	60	89.40	65	24	有	6	292	4.00	28	81.00	360	0	24	無		
74	×	0	1	21	7,501	15.80	137	98.00	474	23	有	12	3,302	8.90	116	75.00	371			合わせて、46床	有	
75	○	1	2	12	8,026	23.70	139	87.70	338	13	無	6	-	-	-	-	-				合わせて、33床	有

医 師 の 勤 務 状 況																				
【 産 科 部 門 の 医 師 数 】									【 新 生 児 部 門 の 医 師 数 】						【 医 師 の 当 直 体 制 】					
①周産期センター（産科）の専任医師			② ①以外で日中、産科診療（分娩）に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤帯は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科（MFICU）			新生児科（NICU）		
常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	研修医・レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	研修医・レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	研修医・レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	研修医・レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	研修医・レジデントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間
43	4	0	0	0	0	2	0	0	5	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
44	3	1	0	3	0	9	0	0	7	1	0	5	1	0	1	1	1	1	1	1
45	3	2	0	2	1	6	4	0	2	3	0	9	7	0	2	2	2	1	1	1
46	10	2	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0	0	0	2	2	2	3	3	3
47	5	0	0	3	6	2.8	14	10	7	3	0	25	2	0	3	3	3	2	2	2
48	3	0	0	16	6	0	0	0	7	2	0	0	0	0	3	3	3	1	1	1
49	3	0	0	0	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
50	8	0	0	11	6	0	3	0	9	6	1	3	0	0	4	4	4	2	2	2
51	1	0	0	6	8	0	0	0	3	2	0.3	0	4	0	2	2	2	1	1	1
52	5	1	0.8	0	0	0	0	0	5	0	0.2	0	2	0	1	1	1	1	1	1
53	6	7	0	0	0	0.3	0	0	6	2	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
54	10	2	0	10	3	0	0	0	7	0	0	1	0	0	3	3	3	2	2	2
55	13	2	0	0	0	0	17	2	8	2	0	0	0	0	3	3	3	1	1	1
56	12	10	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	3	3	3	2	2	2
57	11	12	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	3	3	3	1	1	1
58	9	2	0	1	2	1	10	0	6	1	0	0	0	0	3	3	3	1	1	1
59	9	3	0	0	0	1	11	3	10	0	2	3	0	0	3	3	3	1	1	1
60	5	2	0	0	0	0	5	2	7	0	0	0	6	0	2	2	2	2	2	2
61	4	1.6	0.8	0	0	0	0	0.8	8	2.4	2.4	0	0	0	2	1	1	1	1	1
62	6	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
63	11	0	0	0	6	0	7	0	2	5	1	3	0	0	3	3	3	2	2	2
64	4	0	0	11	5	1.2	0	0	5	0	0	8	2	0.3	2	2	2	1	1	1
65	8	3	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
66	6	1	0	0	0	0	0	0	5	1	0	6	0	0	1	1	1	1	2	1
67	1	0	0	5	0.6	0	5	0	3	0	0	6	0	0	1	1	1	1	1	1
68	0	0	0	8	0	0	0	0	2	0	0	6	0	0	1	1	1	1	1	1
69	5	0	0	5	0	0	0	0	2	3	0	3	2	0	1	1	1	1	1	1
70	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	0	1	1	1	1	1	1
71	4	0	0	0	0	0	5	0	6	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
72	6	0	0.2	0	0	0	0	0	8	2	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2
73	6	0	1	0	0	13	0	0	9	0	9	0	0	0	1	1	1	1	1	1
74	7	7	0	6	0	0	0	0	9	0	0	0	4	0	2	3	3	2	1	1
75	6	1	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1

地域周産期母子医療センターの運用について

No.	救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU		NICUに併設された新生児の回復期治療室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無	MFICUの病床数(診療報酬非加算)	一般産科病床	搬送不可事例の有無	運 用 状 況											
				病床数(診療報酬加算対象)	病床数(診療報酬非加算)						新生児	【 産 科 部 門 】				【 新 生 児 部 門 】						
												ハイリスク妊娠に 対応している	ハイリスク妊娠は 原則として対応し ていない	現任産科診療 (分娩)の取扱い を休止中	地域周産期セン ター認定時から産 科を確保している	新生児特定室の 運営	現任ハイリスク新生 児への対応を行っている	左記の加算対象では ないが、新生児科専 任医師が勤務してお りハイリスク新生 児への対応を行っている	新生児科専任医師 が、常勤の小さい産 科又は産科系が新 生児医療を担当	現在、新生児医療 の取扱いを休止中	地域周産期セン ター認定時から新 生児医療を取り 扱っていない	
1	○	0	0	12	0	18	有	6	38	有	○				○							
2	×	0	0	6	0	20	有	0	40	不明	○				○							
3	×	0	1	3	0	9	有	0	52	有	○				○							
4	×	0	0	6	0	9	無	0	30	無	○				○							
5	×	0	0	6	0	22	有	0	26	無	○				○							
6	○	0	0	0	4	0	無	0	20	有	○						○					
7	×	0	1	6	0	12	有	0	28	有	○				○							
8	○	0	1	6	12	5	無	0	27	有	○				○							
9	○	0	0	9	0	11	有	0	44	有	○				○							
10	○	0	0	12	3	20	有	4	34	有	○				○							
11	○	0	0	0	3	0	無	0	12	有	○						○					
12	×	0	0	5	0	15	不明	0	27	有	○				○							
13	○	0	0	9	0	0	無	0	25	有	○				○							
14	○	0	0	3	0	7	無	0	38	有	○				○							
15	×	0	0	6	0	14	有	6	15	無	○				○							
16	○	0	0	0	3	6		0	20		○						○					
17	○	0	0	0	8	13		0	36	有	○						○					
18	×	0	0	0	4	0	無	0	15	有	○						○					
19	×	0	0	6	0	4	無	0	1			○			○							
20	×	0	1	0	0	0		0	25		○						○					
21	×	0	1	0	4	0		0	17	無	○						○					
22	×	0	0	0	2	0		2	12		○						○					
23	×	0	0	0	2	0		0	40		○						○					
24	×	0	0	6	13	0		0	19		○				○							
25	×	0	0	6		8	有		27		○				○							
26	○	0	0	6	0	0	無	0	54	有	○				○							
27	×	0	0	0	10	0	有	0	20	有	○						○					
28	○	0	2	0			有		30	無	○						○					
29	×	0	0	0	1	0	無	0	15	無	○						○					
30	×	0	0	9	0	4	有	2	18	有	○				○							
31	×	0	0	6					36	不明	○						○					
32	×	0	0	0	4	0	無	0	14	無	○						○					
33	×	0	3	8		3	無		15	無	○				○							
34	×	0	0		4				16		○						○					
35	×	0	0	0	3	0		3	17			○					○					

産 婦 科 医 師 数															[産 科 部 門 の 医 師 数]			[新 生 児 部 門 の 医 師 数]						[医 師 の 当 直 体 制]					
①周産期センター(産科)の専任医師			② ①以外で日中、産科診療(分娩)に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤帯は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科(MFICU)			新生児科(NICU)											
常勤医師数 (研修医・レジデントを除く)	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 (研修医・レジデントを除く)	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 (研修医・レジデントを除く)	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 (研修医・レジデントを除く)	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 (研修医・レジデントを除く)	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間									
1	7	2	0	0	0	0	0	0	5	0	0	8	1	0	1	1	1	1	1	1	1								
2	1	0	0	4	0	0.2	0	0	2	0	0	7	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
3	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
4	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	5	3	0.75	1	1	1	1	1	1	1								
5	0	0	0	5	0	0.6	0	0	0	0	0	9	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
6	0	0	0	3	2	0.15	0	0	0	0	0	3	2	0.3	1	1	1	1	1	1	1								
7	0	0	0	5	3	0	1	0	1	0	0	3	3	0	1	1	1	1	1	1	1								
8	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	1	0	0	0	1	1	1	1								
9	2	0	0	7	0	0	0	0	3	0	0	8	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
10	4	5	0	0	0	2	1	0	5	2	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
11	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0								
12	3	0	0	8	1	0	5	0	2	0	0	15	1	0	1	1	1	1	1	1	1								
13	0	0	0	5	2	0	0	0	3	0	0	8	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
14	0	0	0	5	0	0	0	0	1	0	0	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1								
15	0	0	0	5	0	0	0	0	2	0	0	5	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
16	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	5	2	0	1	1	1	1	1	1	1								
17	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
18	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0								
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	1	1	1								
20	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
21	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
22	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
23	0	0	0	3	0	0.2	0	0	0	0	0	5	1	3	1	1	1	1	1	1	1								
24	1	2	0	1	2	0	9	3	4	1	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1	1								
25	3	6	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0				1	1	1	1								
26	9	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
27	0	0	0	3	2	2	0	0	1	0	0	1	5	0	1	1	1	0	0	0	0								
28	0	0	0	6	0	0.2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1								
29	0	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0	3	1	1	1	1	1	0	0	0	0								
30	3	0	0	0	0	4	0	0	8	0	0	5	0	2	1	1	1	1	1	1	1								
31	4	1	0	0	0	0	0	0	2	2		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
32	0	0	0	2	0	5	0	0	2	0	0	2	0	0	1	1	1	木曜日のみ1	0	0	0								
33	2	2	0	0	0	0	0	0.9	4	0	0	2	2	1.8	1	1	1	1	1	1	1								
34	2	0	0.6	0	0	0	2	0	0.8	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
35	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0.1	1	1	1	0	0	0	0								

	救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU		NICUに併設された新生児の回復期治療室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無 新生児	MFICUの病床数(診療報酬非加算)	一般産科病床	搬送不可事例の有無 母体	運 用 状 況								
				病床数(診療報酬加算対象)	病床数(診療報酬非加算)						【 産 科 部 門 】				【 新 生 児 部 門 】				
											ハイリスク妊婦に 対応している	原ハイリスク妊婦は 原則としていない 対応し	重症・産科急症 (分娩)の取扱い を中止中	地域周産期センター 指定時からの 対応している	新生児特定症例の 加算対象の中 治	在院の加算対象 児が動員して おける	ハイリスク 新生児の 対応	在院の加算対象 児が動員して おける	新生児科 が常勤の 医師が 担当
36	x	0	0	6		10	無	0	51	有	○								
37	x	0	0	6	0	10	無	0	32	無	○								
38	x	0	0	6	0	0	有	0	28	有	○								
39	x	0	0	15		18	不明		39	不明	○								
40	x	0	1	9		12	無		35	有	○								
41	x	0	0	6	0	12	有	0	38	有	○								
42	○	0	1	6	0	0		0	28		○								
43	x	0	1	12	0	18	不明	0	33	有	○								
44	○	0	1	9	0	18	有	0	12	有	○								
45	x	0	0	6	0	10	不明	0	27	有	○								
46	x	0	0	6	0	0		0	45	有	○								
47	x	0	0	6		10	有	0	18	有	○								
48	x	0	0	3		15			40	有	○								
49	x	0	0	9	0	11	有	0	20	有	○								
50	x	0	0	9	0	20	不明	0	18	不明	○								
51	○	0	1	8	0	12	無	0	21	無	○								
52	x	0	0	6	0	14	有	0	46	有	○								
53	○	0	1	12	0	12	有	0	24	不明	○								
54	x	0	1	15	0	0	無	0	45	不明	○								
55	x	0	1	12	0	22	不明	0	12	不明	○								
56	○	0	0	6	0	0	無	0	40	無	○								
57	x	0	0	6	0	0	無	0	20	無	○								
58	x	0	1	6			無	0	33	無	○								
59	○	0	1	6	0	6	無	2	30	無	○								
60	○	0	0	6		10	無		20	無	○								
61	x	0	1		4		無		23	無	○						○		
62	x	0	0	6	0	6	無	0	25	有	○								
63	○	0	1	3	2	10	無	2	33	無	○								
64	○	1	2	0	6	20	有	0	36	有	○				○				
65	○	0	0	0	6	0	無	0	20	有	○						○		
66	○	0	0	3	0	3	無	0	14	有	○								
67	x	0	1	0	15	0	無	0	25	有	○							○	
68	○	0	1	3	20	0	無	0	20	無	○								
69	x	0	0	0	4	0	無	0	26	無	○							○	
70	x	0	0	6	10	0	無	0	20	無	○								
71	x	0	0	6	0	7	無	0	55	無	○								
72	x	0	0	0	3	0	無	0	20	無	○							○	

医 師 の 動 務 状 況																					
【 産 科 部 門 の 医 師 数 】									【 新 生 児 部 門 の 医 師 数 】						【 医 師 の 当 直 休 制 】						
① 産産期センター（産科）の専任医師			② ①以外で日中、産科診療（分娩）に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤帯は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科（MFICU）			新生児科（NICU）			
常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	
36	6	3	0	0	0	2	0	0	0	3	1	0	5	0	0	1	1	1	1	1	1
37	6	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	3	0	1	1	1	1	1	1
38	4	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	2	0	1	1	1	1	1	1
39	9	1	0	0	0	0	0	0	0.5	4	0	0	5	0	1	1	1	1	1	1	1
40	4	0	1.8	0	0	0	0	0	0	2	0	0	6	0	0	1	1	1	1	1	1
41	6			5						3			2			2	2	2	1	1	1
42	0	0	0	4	3	1.1	0	0	0	4	0	0	2	3	0	2	2	2	1	1	1
43	5	0	0	2	1	0	0	0	2	2	0	0	8	7	0	1	1	1	1	1	1
44	4	2	0	8	3	0	8	0	0	2	0	0				1	1	1	1	1	1
45				13	6	1.5915				5				0.075	1	1	1	1	1	1	1
46	4	1						0.4	1	1	1	0	7	1	0.2	1	1	1	1	1	1
47	6	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
48	4	0	0	0	0	0.4	0	0	5	2	0	0	4	1	0	1	1	1	1	1	1
49	3	4	0	11	5	0	4	5	0	7	0	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
50	4	1	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0.04	0	0	0	1	1	1	1	1	1
51	0	0	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	8	6	0	1	1	1	1	1	1
52	5	3	0	0	0	0	0	0	0.5	2	1	0.2	6	3	0	1	1	1	1	1	1
53	17	3	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
54	0	0	0	4	2	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
55	0	0	0	4	2	0	1	0	0	4	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
56	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	1	1	1	1	1	1
57	0	0	0	3	1	0.75	0	0	0	1	0	0	2	5	0	1	1	1	1	1	1
58	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	1	1	1
59	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	7	0	0	0	0	0	1	1	1
60	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	1	1	1
61	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
62	3	0	0	4	2	2	5	0	0	5	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
63	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	1	1	1	1	1	1
64	4	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
65	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	1	1
66	4	3	0	3	7	0	2	0	0	3	0	0	3	2	0	0	0	0	1	1	1
67	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
68	0	0	0	5	2	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	1	1	1	1	1	1
69	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	1	1	1
70	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	1	1
71	3	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	4	3	0	0	0	0	1	1	1
72	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1	1

	救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU		NICUに併設された新生児の回復期治療室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無	NICUの病床数(診療報酬非加算)	一般産科病床	搬送不可事例の有無	運用状況								
				病床数(診療報酬加算対象)	病床数(診療報酬非加算)						【産科部門】				【新生児部門】				
											ハイリスク妊婦に対応している	原ハイリスク妊婦は対応していない	(分娩)の取扱いは中止中	地域連携センターを擁している	新生児特定療養室の稼働	児への対応を行っている	左記の加算対象ではないが、新生児科専任医師が勤務している	又は産科医が新生児医療を担当	現在、新生児医療の取扱いを休止中
73	○	0	0	6	6	0	無	0	12	無	○				○				
74	×	0	1	6	0	10	無	0	16	有	○				○				
75	×	0	0	15	0	0	無	0	33	有	○				○				
76	○	0	0	12	0	5	不明	0	52	不明	○				○				
77	×	0	0	6	12	0	無	0	20	無	○				○				
78	×	0	0	9	0	3	無	0	47	無	○				○				
79	×	0	0	6	0	4	無	0	33	無	○				○				
80	○	0	0	0	10	0	無	0	23	無	○					○			
81	×	0	1	6	0	9	有	0	27	有	○				○				
82	×	0	2	15	0	9	有	3	26	不明	○				○				
83	○	0	1	6	0	8	無	0	14	有	○				○				
84	×	0	0	9	19	0	無	0	41	有	○				○				
85	×	0	0	3	3	9	有	0	35	有	○				○				
86	×	0	0		20	8	有		22	有	○					○			
87	×	0	1	12		23	有		67	有	○				○				
88	○	0	3		3		有		47	不明	○					○			
89	○	0	1	3	0	6	無	0	18	無	○				○				
90	×	0	1	3	0	4	無	0	12	有	○				○				
91	○	0	0		13		無		20	無	○					○			
92	×	0	0	3	13		無	0	26	無	○				○				
93	×	0	1	3	0	6	無	0	23	無	○				○				
94	×	0	1	6		8	無		30	無	○				○				
95	×	0	0	3		5	不明		10	不明	○				○				
96	×	0	0	3	7	0	無	0	34	無	○				○				
97	○	0	1	3	4	0	無	0	50	無	○				○				
98	×	0	0	3	6	0	有	0	40	有	○				○				
99	×	0	0	6	6	0	無	0	35	無	○				○				
100	×	0	0	0	2	0	無	4	9	無	○					○			
101	×	0	0	12	0	14	有	0	31	有	○				○				
102	×	0	0	6	0	3	有	0	27	有	○				○				
103	×	0	0	0	6	0	不明	0	22	不明	○					○			
104	○	1	0	0	4	0	不明	0	23	不明	○					○			
105	×	0	0	0	0	0	無	0	28	無	○					○			
106	×	0	0	0	4	0	無	0	12	無	○					○			
107	×	0	0	0	3	0		0	31		○					○			
108	×	0	0	0	2	0	無	0	17	無	○			○					
109	×	0	1	3	3	2	無	4	22	無	○				○				

医師の勤務状況																				
【産科部門の医師数】									【新生児部門の医師数】						【医師の当直体制】					
①周産期センター（産科）の専任医師			② ①以外で日中、産科診療（分娩）に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤帯は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科（MFICU）			新生児科（NICU）		
常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間
73	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	1	1
74	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0.2	0	0	0	1	1	1
75	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	1	1	1
76	4	0	0	8	0	2.4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
77	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1
78	4	0	0	8	2	0	0	0	0	0	0	4	0	0	2	0	0	1	1	1
79	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	6	2	0	1	1	1	1	1	1
80	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	1	1	1	1	1	1
82	0	0	0	5	0	0.67	0	0	0	0	0	9	2	2.98	1	1	1	1	1	1
83	0	0	0	7	2	0	0	0	1	2	0	4	1	0	1	1	1	1	1	1
84	0	0	0	7	4	0	0	0	3	1	0	7	3	0	1	1	1	1	1	1
85	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1	1
86	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	0	0	0	0	1	1	1
87	10	2	0.9	2	2	0	2	0	4	0	2.7	0	0	0	2	1	1	1	1	1
88	0	0	0	3	5	0	1	0	0	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0
89	2	0	0	2	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
90	4								1			4			0	0	0	1	1	1
91	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	1	1	1
92	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
93	1	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
94	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
95	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
96	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
97	4	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1
98	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	1	1	1
99	0	0	0	4	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1
100	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
101	5	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	1	1	1	1	1	1
102	0	0	0	3	0	1	0	0	2	1	0	2	1	0	1	1	1	1	1	1
103	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	1	1	1	1	1	1
104	7	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	3	1	1	1	1	1	1	1
105	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	1	1	1	1	1
106	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1
107	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1	1	1	1	1	1
108	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1
109	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	3	3	3	1	1	1

救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU		NICUに併設された新生児の回復期治療室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無 新生児	MFICUの病床数(診療報酬非加算)	一般産科病床	搬送不可事例の有無 母体	運 用 状 況										
			病床数(診療報酬非加算)	病床数(診療報酬非加算)						【 産 科 部 門 】				【 新 生 児 部 門 】						
										ハイリスク妊娠に 対応している	ハイリスク妊娠は 別として対応し ていない	現在、産科診療 (分娩)の取扱い を休止中	地域圏産科セン ター指定時から産 科を1認定時から度 々増強している	環新産科管理 認定業務の中 核	現在、ハイ リスク新生 児への対応 を行っている	定規の加算対象 ではないが、新 生児科専任医 が勤務してお るハイリスク 新生児の対応 を行っている	新生児科専 任医師が 勤務してお るハイリスク 新生児の対応 を行っている	現在、新生児 科の取扱い を休止中	地域圏産科セン ター指定時から 新生児科を取り 扱っていない	
110	x	0	0	0	5	0	無	0	14	無	○									
111	x	0	0	0	0	7	有	0	28	有	○				○					
112	x	0	0	0	0	0	無	0	20	無	○									
113	x	0	0	0	4	0	無	0	10	無	○									
114	x	0	0	0	0	0	無	0	10	無		○								
115	x	0	0	0	5	0	無	0	25	無	○									
116	x	0	0	0	3	0	無	0	37	無	○									
117	x	0	0	0	6	0	無	0	29	無	○									
118	x	0	0	0	0	0	無	0	16	無		○								
119	x	0	0	0	7	0	無	0	24	無	○									
120	○	0	0	0	0	0	無	0	24	無	○						○			
121	x	0	0	3	0	13	無	0	26	無	○									
122	○	0	0	6	8	0	無	6	22	無	○				○					
123	x	0	0	0	15	0	無	0	50	無	○						○			
124	x	0	0	0	0	0	無	0	24	無	○								○	
125	x	0	0	0	5	0	無	0	58	無	○								○	
126	○	0	0	0	4	0	無	0	39	無	○								○	
127	○	0	0	0	2	0	無	0	20	無		○							○	
128	x	0	1	9	0	18	不明	5	12	有	○				○				○	
129	x	0	0	0	1	0	無	1	12	無		○							○	
130	x	0	0	0	1	1	無	1	12	有	○								○	
131	○	0	0	0	6	5	無	0	40	無	○						○			
132	x	0	0	0	0	8	無	0	45	無	○								○	
133	x	0	0	0	1	0	無	0	14	無	○								○	
134	○	0	0	0	0	2	不明	0	25	不明	○								○	
135	○	0	0	0	0	2	無	0	26	不明	○								○	
136	x	0	0	0	6	0	有	8	23	有	○								○	
137	x	0	1	0	0	1	不明	0	30	不明		○							○	
138	x	0	0	0	3	2	無	3	20	無	○								○	
139	x	0	0	0	2	2	無	11	19	無	○								○	
140	x	0	0	9	0	0	不明	0	38	不明	○				○					
141	○	0	1	6	0	14	無	0	50	不明	○				○					
142	x	0	0	5	0	8	無	0	39	無	○				○					
143	x	0	0	12	0	19	無	0	16	有	○				○					
144	○	0	0	6	0	14	無	0	20	有	○				○					
145	x	0	1	0	6	14	無	4	54	不明	○				○					
146	x	0	0	0	4	0	不明	0	40	不明	○								○	

医師の勤務状況																					
【産科部門の医師数】									【新生児部門の医師数】						【医師の当直体制】						
① 産婦科センター（産科）の専任医師			② ①以外で日中、産科診療（分娩）に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤兼は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科（MFICU）			新生児科（NICU）			
常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	
110	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	
111	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5	0	0	1	1	1	1	1	
112	0	0	0	4	0	0	0	0	0						2	2	2	1	1	1	
113	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	1	4	1	1
114	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
115	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	2	2	1	1	1
116	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1
117	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	1	1	1	1
118	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
119	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	2	2	2	1	1	1
120	4	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
121	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	1	1	1
122	1	0	0	4	2	1	0	0	2	7	4	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
123	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
124	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
125	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
126	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
127	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
128	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
129	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
130	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	1	0	0	0
131	3	0	1	0	0	0	4	0	0	2	0	0	3	0	0	1	1	1	0	0	0
132	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	1	0	0	0
133	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
134	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	9	0	1	1	1	3	3	3
135	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
136	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
137	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
138	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0
139	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
140	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1
141	0	0	0	6	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
142	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	1	1	1	1	1	1
143	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	1	1
144	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
145	4	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
146	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0

救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU		NICUに併設された新生児の回復期治療室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無	NICUの病床数(診療報酬非加算)	一般産科病床	搬送不可事例の有無	運用状況								
			病床数(診療報酬加算対象)	病床数(診療報酬非加算)						【産科部門】				【新生児部門】				
										ハイリスク妊娠に対応している	原則としてハイリスク妊娠は対応していない	現在、産科診療(分娩)を中止中	地域周産期センター認定時から産科を廃止していない	新生児特加算の対症	左記の加算対象ではないが、新生児科専任医師が勤務している	左記の加算対象ではないが、新生児科専任医師が勤務している	現在、新生児医療の取扱いを休止中	地域周産期センター認定時から新生児医療を取り扱っていない
147	x	0	0	0	5	0	不明	0	36	不明	○					○		
148	○	0	1	0	9	0	不明	0	28	不明	○					○		
149	x	0	0	0	0	0	無	0	32			○				○		
150	○	0	0	0	8	10	不明	0	32	有	○					○		
151	○	0	0	0	3	8	無	0	38	無	○					○		
152	x	0	0	0	8	0	不明	0	34	有	○					○		
153	○	0	0	0	5	0	有	2	22	有	○					○		
154	x	0	0	0	0	0	無	0	40	無	○					○		
155	x	0	0	0	0	0	不明	0	14	不明	○					○		
156	x	0	0	9	0	3		6	14		○				○			
157	x	0	0	9	0	6		0	20	有	○				○			
158	x	0	0	9	0	12	不明	0	47	不明	○				○			
159	x	0	0	0	5	9	無	0	48	有	○					○		
160	x	0	0	0	5	5		0	47		○					○		
161	x	0	1	0	2	6	不明	0	26	不明	○					○		
162	○	0	1	9	0	21	有	0	40	有	○				○			
163	○	0	0	0	3	10	有	0	35	有	○					○		
164	x	0	0	17	0	6	有	0	43	有	○				○			
165	x	0	0	6	0	16	有	0	40	有	○				○			
166	x	0	0	9	0	21	有	0	27	有	○				○			
167	○	0	2	8	0	21	無	0	32	無	○				○			
168	x	0	0	15	0	25	無	6	19	無	○				○			
169	○	0	2	9	0	32	無	0	30	無	○				○			
170	x	0	0	6	3	6	無	0	21	無	○				○			
171	○	0	0	6	0	10	有	0	33	有	○				○			
172	x	0	0	9	0	18	有	0	29	有	○				○			
173	○	0	1	9	0	8	有	0	26	有	○				○			
174	x	0	0	6		12	有		40	有	○				○			
175	x	0	0	6		22	有		24	有	○				○			
176	x	0	0	6	0	20	有	0	46	有	○				○			
177	○	0	0	6	0	12	有	0	59	有	○				○			
178	x	0	0	9		33	有	0	71	有	○				○			
179	○	0	0	6		14	有		46	有	○				○			
180	x	0	0	12	0	28	有	0	40	有	○				○			
181	x	0	1	9	0	24	有	0	0	無			○	○				
182	x	0	0	6		18	有						○	○				
183	○	0	2	9	0	15	無	0	50	無	○				○			

【 産科部門の医師数 】									【 新生児部門の医師数 】						【 医師の当直体制 】					
①周産期センター（産科）の専任医師			② ①以外で日中、産科診療（分娩）に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤帯は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科（MFICU）			新生児科（NICU）		
常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間
147	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0.28	1	1	1	1	1	1
148	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	1	1	1	1	1	1
149	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
150	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	0	1	1	1	1	1	1
151	0	0	0	6	0	0.4	0	0	0	0	0	2	0	0.9	0	0	0	0	0	0
152	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0.28	1	1	1	1	1	1
153	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3	0	1	1	1	0	0	0
154	3	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3		1	2	2	1	1	1
155	0	0	0	3	0	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
156	4	2	0	0	0	0	2	0	2	3	0	5	1	0	1	1	1	1	1	1
157	4	5	0	0	0	0	10	4	0	3	1	0	13	1	0	2	2	2	1	1
158	0	0	0	5	0	1.1	0	0	0	1	0	0	7	1	0	1	1	1	1	1
159	0	0	0	5	1	0	0	0	0.6	0	0	0	5	1	0	1	1	1	1	1
160	0	0	0	2	0	0.72	0	0	0.6	0	0	0	5	1	0.49	0.23	0	0	0	0
161	0	0	0	3	0	1.5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	1	1	0	0
162	4	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	1	1	1	1	1	1
163	5	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	0
164	11	6	3	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	3	3	3	1	1	1
165	5	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
166	5	3	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	2	0	1	1	1	1	1	1
167	6	2	0.6	0	0	0	0	0	3	2	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
168	1	0	0.2	0	0	0	0	0	5	0	0.02	0	0	0	1	1	1	1	1	1
169	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
170	0	0	0	7	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1
171	0	0	0	4	4	0.2	0	0	0.2	3	2	0.4	8	5	1.2	1	1	1	1	1
172	7	3	0.5	0	0	0	21	4	0	5	3	0	0	0	2	2	2	1	1	1
173	3	1	1	0	0	0	14	3	5	5	1	0	1	0	3	3	3	1	1	1
174	10	10	2	0	0	0	5	0	3	5	4	0			2	2	2	1	1	1
175	6	2	0	0	0	0	16	2	0	3	0	0	3	2	0	2	2	2	1	1
176	5	0	0	4	1	2	0	3	0	4	0	1.5	0	0	2	2	2	1	1	1
177	1	1	0	7	1	0	2	0	0	3	3	0	0	0	2	2	2	1	1	1
178	5	2	1.36	0	0	0	0	0	0	5	0	0.1	0	0	2	2	2	1	1	1
179	12	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
180	3	1	1.7	0	1	0	0	0	1.4	6	1	0.1	0	0	2	2	2	1	1	1
181	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
182	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1	0.2	0	0	0	0	0	1	1	1
183	10	5	0	17	5	0	0	0	0	4	0	0	3	0	3	3	3	1	1	1

救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU		NICUに併設された新生児の回復期治療室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無	NICUの病床数(診療報酬非加算)	一般産科病床	搬送不可事例の有無	運用状況									
			病床数(診療報酬加算対象)	病床数(診療報酬非加算)						【産科部門】				【新生児部門】					
										新生児	ハイリスク妊娠に 対応している	ハイリスク妊娠は 原則としていない	現在、産科診療 (分娩)を中止中 取扱い	地域周産期センター を確保していない	新生児特加算の 対象中	定規の加算対象 ではないが、新生児科 医師が勤務して いる	新生児科 医師が勤務して いない	現在、新生児 科医師が 不在	地域周産期センター 認定から 取扱い していない
184	○	0	1	9	0	21	有	0	33	有	○				○				
185	○	0	0	9	0	0	無	0	12	無	○				○				
186	×	0	0	6	0	0	不明	0	25	不明	○				○				
187	○	0	0	3	0	0		0	28		○				○				
188	×	0	0	9	0	8	有	0	24	不明	○				○				
189	○	0	0	9	0	6		0	16	有	○				○				
190	×	0	0	6	0	0	不明	0	12	有	○				○				
191	×	0	1	9	0	0	有	0	44	有	○				○				
192	×	0	0	11	0	8	無	0	38	無	○				○				
193	×	0	0	3	3	0		0	36	有	○				○				
194	○	0	1	6	0	8	有	0	35	有	○				○				
195	○	0	0	6	0	6	無	0	30	無	○				○				
196	×	0	0	0	0	5	無	4	16	無	○					○			
197	×	0	0	0	0	6	無	0	37	無	○					○			
198	○	0	0	6	0	8	無	2	20	不明	○				○				
199	×	0	0	0	3	0	無	0	22	有	○					○			
200	×	0	0	-	-	0	有	0	38	有	○					○			
201	○	0	0	3	6	0	有	0	34	有	○				○				
202	×	0	1	0	3	3	無	0	20	無	○					○			
203	×	0	0	0	6	3	無	11	25	有	○					○			
204	×	0	0	0	5	6	無	0	54	無	○					○			
205	×	0	2	0	3	0	有	0	38	有	○					○			
206	×	0	0	0	0	0	無	0	38	無	○					○			
207	×	0	0	0	5	0	無	0	26	無	○					○			
208	○	0	0	0	3	0	無	0	12	無	○					○			
209	×	0	0	0	0	0	無	0	18	有	○					○			
210	×	0	0	6	0	24	無	0	20	無	○				○				
211	×	0	0	3	0	3	無	0	20	無	○					○			
212	×	0	0	0	3	0	無	1	18	無	○					○			
213	○	0	1	3	4	0	無	0	37	無	○					○			
214	○	0	1	2	6	6	無	0	28	無	○					○			
215	×	0	0	0	0	0	無	0	48	無			○				○		
216	○	0	0	9	0	15	無	0	45	無	○				○				
217	○	1	0	0	3	12	無	0	40	無	○						○		
218	×	0	1	9		15	無		34	有	○					○			
219	○	0	0	15		5	無		20	無	○					○			
220	○	0	1	9		8	不明		21	有	○					○			

医 師 の 勤 務 状 況																				
【 産 科 部 門 の 医 師 数 】									【 新 生 児 部 門 の 医 師 数 】						【 医 師 の 当 直 体 制 】					
①周産期センター（産科）の専任医師			② ①以外で日中、産科診療（分娩）に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤等は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科（MFICU）			新生児科（NICU）		
常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジデントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間
184	7	1							6	1					1	1	1	1	1	1
185	5							1	5		7				1	1	1	1	1	1
186	6	0	0	0	0	0	0	0	10		3				1	1	1	1	1	1
187	12	4	2						8	2	1				1	1	1	1	1	1
188	2	1	0	5	0	0	1	0	3	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
189	5	3						1	4				10		1	1	1	1	1	1
190	0	0	0	11	5	0	14	5	2	1	0	10	7	0	2	2	2	1	1	1
191	9	0	0	0	3	0	0	0	6	0	0	13	0	0	1	1	1	2	2	2
192	10	1	1	0	0	0	5	0	2	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1
193				5	1	1			3			5	5		1	1	1	1	1	1
194	0	0	0	7	2	0	0	0	3	1	0	8	3	0	1	1	1	1	1	1
195	0	0	0	3	0	0	0	0	7	0	0	6	0	0				1	1	1
196	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
197	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
198	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	3	0	1	1	1	1	1	1
199	0	0	0	4	1	2	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	1	1	1	1
200	3	0	0	1	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-
201	3	0	0	2	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1
202	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
203	2	1	0	2	1	0	6	0	0	0	0	9	7	0	1	1	1	1	1	1
204	0	0	0	5	0	0.09	0	0	0.45	0	0	6	0	1.1	1	1	1	1	1	1
205	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1	1	1	0	0	0
206	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	1	1	1	1	1	1
207	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
208	2	0	0	0	0	0	0	0	0.15	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
209	0	0	0	5	2	0	13	2	0	0	0	0	0	0	3	2	2	0	0	0
210	4	0	0.2	0	0	0	0	0	3	0	0.6	0	0	0	0	0	0	1	1	1
211	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	1	1	1
212	0	0	0	3	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
213	4		1									4						1	1	1
214	5	2	0	0	0	0	12	0	6	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
215	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1	1
216	5	1	0	1	0	0	0	0	1	2	0	5	0	0	1	1	1	1	1	1
217	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	1	1	1	0	0	0
218	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	1	1	1	1	1	1	1
219	4	4	0	0	0	0	0	0	3	1	0	3	1	0	0	0	0	1	1	1
220	3	2		0	0	0	0	0	1	0	0	6	2	0	1	1	1	1	1	1

	救命救急センターの指定状況	ドクターヘリ保有の台数	ドクターカー保有の台数	NICU		NICUに併設された新生児の回復期治療室(いわゆるGCU)	搬送不可事例の有無 新生児	MFICUの病床数(診療報酬加算)	一般産科病床	搬送不可事例の有無 母体	運 用 状 況							
				病床数(診療報酬加算対象)	病床数(診療報酬非加算)						【 産 科 部 門 】				【 新 生 児 部 門 】			
											ハイリスク妊婦に	原則ハイリスクでない妊婦に	(分娩、産科診療を中止中)	地域周産期センターに搬送している	新生児専用治療室の稼働率	在院中のハイリスク新生児への対応状況	送付先(産科)が小児科に転送している	現在、新生児医療の取扱いを中止中
221	○	0	1		10		無		37	無	○				○			
222	○	0	0	0	4	11	無	0	44	不明	○					○		
223	×	0	1	0	7	0	無	0	26	有	○					○		
224	×	0	0		10		不明		38	無	○					○		
225	○	0	1		12		無	7	42	有	○					○		
226	×	0	0	6		6	無		36	無	○			○				
227	×	0	0	0	4	0	有	0	46	無	○					○		
228	×	0	0	6	0	6	有	0	19	有	○			○				
229	○	0	0	6		6	有	18		有	○			○				
230	○	1	2	9	0	0	不明	0	34	不明	○			○				

医 師 の 勤 務 状 況																				
【 産 科 部 門 の 医 師 数 】									【 新 生 児 部 門 の 医 師 数 】						【 医 師 の 当 直 体 制 】					
① 産科センター（産科）の専任医師			② ①以外で日中、産科診療（分娩）に従事する産科・産婦人科医師			③ 日勤帯は分娩に従事しないが、当直や緊急時に分娩に関与する医師			新生児科の専任医師			新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する小児科医			産科（MFIU）			新生児科（NICU）		
常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	常勤医師数 （研修医・レジ デントを除く）	常勤の研修医・ レジデントの数	非常勤医師	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間	平日の夜間	土曜日の夜間	日曜日の夜間
221	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0
222	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	1	1	1	1
223	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	1	1	1
224	0	0	0	4	0	0.2	0	0	0.1	0	0	4	1	0	0	0	0	1	1	1
225	4	1	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0.2	0	0	0.2	0.2	0.2
226	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	9	0	2	0	0	0	0	0	0
227	0	0	0	4	1	1						4	1	0	0	0	0	0	0	0
228	3	3	1	0	0	0	5	5	0	3	0	2	1	0	2	2	2	1	1	1
229	4	3								2	1	1			1	1	1	1	1	1
230	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	4	4	1	1	1	2	2

大学病院の周産期医療体制整備計画

1. 国立大学病院の周産期医療体制整備計画(4力年計画)
2. 国公立大学病院の周産期医療に関する人材養成等の強化

1. 国立大学病院の周産期医療体制整備計画(4力年計画)

【概要】

今後、4年間(平成21年度～24年度)で、①NICU(新生児集中治療室)が未設置の国立大学病院の解消 ②半数の国立大学病院において、現行平均11床程度の周産期医療に係る病床数を倍増し、20床とする。

【具体的な対応策】

- ① 平成21年度より、NICUが未設置の9大学病院について、1病院当たり最低6床のNICUを整備する計画を順次策定。今後4年間で、NICU未設置の大学病院の解消を図る。

現状:42国立大学病院中33大学病院がNICUを設置。9大学病院が未設置。
現時点において、平成21年度に、5病院程度がNICU設置の見込み。

- ② 平成21年度より、NICU、MFICU(母体・胎児集中治療管理室)、GCU(継続保育室)等の周産期医療体制の強化を図るため、今後4年間で、少なくとも半数の国立大学病院(21大学病院)において、現行平均11床程度の周産期医療体制に係る病床数を倍増し20床とする。

現状:42国立大学病院の平均病床数は、NICU(5.8床)、MFICU(1.0床)、GCU(4.6床)の合計11床程度。

2. 国公立大学病院の周産期医療に関する人材養成等の強化

【概要】

国公立大学病院におけるNICU(新生児集中治療室)等に関する人材養成に対する支援を行う。

【具体的な対応策】

- ① 周産期医療を志す若手医師の教育環境の整備を図るとともに、小児科・産科等の女性医師の復帰支援を行う。
- ② 院内助産所等を活用した助産師養成環境を整備し、産科医の負担軽減を図る。

○ NICUが整備されていない国立大学一覧

弘前大学、山形大学、千葉大学、東京医科歯科大学
 福井大学、山梨大学、岐阜大学、佐賀大学、長崎大学

計 9 大学

○ NICU等の平均病床数

	国立	公立	私立	全体
NICU	5.8床	8.3床	10.5床	7.8床
MFICU	1.0床	2.3床	4.4床	2.4床
GCU	4.6床	5.5床	14.9床	8.5床
計	11.4床	16.0床	29.8床	18.6床

(注1)「全体」欄については、国公私立大学病院(本院)全体の平均病床数。

(注2)「計」欄については、端数処理のため、内訳を積み上げたものと一致しない場合がある。

6. 地域医療サービス提供マップ作成支援研究(研究要旨)

研究要旨

地域医療サービス提供マップ作成支援研究

【研究要旨】

I 目的

平成 20 年 4 月より、各都道府県には「新たな医療計画」の作成が義務付けられている。このなかで、病床規制といった医療資源の適正化が主目的に掲げられていた従来の地域医療計画を見直し、住民の医療ニーズに合わせた地域における体系的な医療提供体制を整備するために、医療関係施設間の機能分化や機能連携の確保を目的とすることが予定されている。さらに、「新たな医療計画」において、関連項目に関する数値目標を創設することが要求されている。

これをうけて、本研究事業では、「患者調査」に DPC (Diagnosis Procedure Combination) コードをリンクしたデータベースを活用した上で、対象地域における主要医療施設の受療患者数と地域内におけるシェアを網羅的に集計し、医療施設の機能分化の実態を可視化する作業を行った。得られた分析結果をもって、今後、医療計画を適切に作成していくための基礎資料とすることを目的とする。

II 方法

東京医科歯科大学大学院伏見清秀准教授より、「患者調査」の退院票個票に DPC コードをリンクさせて構築した『DPC 地域患者データベース』から集計表をご提供いただき、それを用いて分析を行った。『DPC 地域患者データベース』では、すべてのデータに DPC コードが付されている。DPC は、臨床的に馴染み深い疾病分類であり、これを用いて、4 疾病の分類や、MDC (Major Diagnostic Category) といったほぼ診療科目と一致した分類にケースを分けることができる。

ご提供いただいた集計表は、岡山県と長崎県における下記表の 3 つの内容のものであり、それぞれ図表を作成した。下記表内の②および③については、図表を地図上に貼り付けて、地理的な視点も加えて可視化を試みた。

● 集計表 ●	● 集計表から読み取れる内容 ●
① 4 疾病ごとの患者の受療行動について	各二次医療圏に住む患者が、どの二次医療圏にある医療施設で受療しているのかについて、4 疾病ごとに可視化する。
② 4 疾病ごとにみた 県の主要医療施設について	4 疾病ごとに、各県でどの医療施設が最も多くの患者を診ているのか可視化する。
③ 各二次医療圏の主要医療施設で 提供されているサービス内容について	各二次医療圏の主要医療施設をあげ、そこでどのようなサービスが提供されているか、MDC を用い可視化し、医療施設の機能分化の程度をみる。

Ⅲ 結果

(1) 患者の受療行動

① 「手術を必要とするか否かにより、患者の受療行動が異なる」

全体的に、手術を必要とする場合は、都市部の医療圏にある医療施設に患者が受療する様子うかがえた。一方、手術を必要としない場合は二次医療圏を越えた患者の移動は減り、自宅に近い医療施設で受療する傾向がうかがえた。また、この傾向は在院期間が長くなるほど強くなることも見受けられた。

(2) 疾病ごとの県の主要医療施設

① 「疾病の緊急性および専門性により、医療機能の集約度合いが異なる」

脳卒中のように緊急な治療（診療）を必要とする疾病では、近隣の医療施設での対応が必要となるため、いくつかの医療施設に少数名ずつ患者が受療している状況がうかがえた。一方、がんのように治療を待つことのできる疾病においては、数箇所の医療施設に患者が集中する傾向が見られた。

(3) 各二次医療圏の主要医療施設で提供されているサービス内容

① 「都市部と非都市部により、各医療施設が提供するサービス内容が異なる」

都市部では、複数の診療科を有す大規模な病院がいくつも所在しているため、多くの病院で多種多様なサービスが提供され、いくつかの医療圏を除くと、医療施設の機能分化が鮮明なケースは少ない。一方、非都市部の医療圏では、特殊性や専門性の高い医療についてはあまり対応されていない様子うかがえた。

② 「都市部と非都市部により、医療施設間の機能分化の様相が異なる」

医療施設間の機能分化は、各医療圏によって様相が異なるが、非都市部では、医師の総数が少ないため、必要な診療科の専門医がいればそこで受療するといった形で、都市部に比べて必然的に機能分化がなされている。ただし、非都市部でも、近接したいくつかの医療施設で、同一診療科のサービスをそれぞれ少数名ずつの患者に提供しているケースが見られ、集約化の余地があることがうかがえた。

IV 考察

分析の結果を疾病特性と地域特性の2つの切り口からまとめる。

(1) 疾病特性

疾病特性としては、緊急性と専門性の2つの観点から、それぞれの疾病に対応した医療提供体制について、いくつか特徴を挙げることができる。これにより緊急性を要する疾病に関してはより近くの医療施設で、専門性を要する疾病に関しては機能が集約化された医療施設で、というような対応をイメージすることができる。

(2) 地域特性

地域特性としては、都市部と非都市部における医療提供体制の違いについて、特徴を挙げることができる。都市部では、複数の診療科を有す大規模な病院がいくつも所在しているため、多くの病院で多種多様なサービスが提供され、いくつかの医療圏を除くと、医療施設の機能分化が鮮明なケースは少ない。非都市部では医療資源も少なく、ある程度必然的に医療施設の機能分化が進みやすい状況にあることが読み取れる。

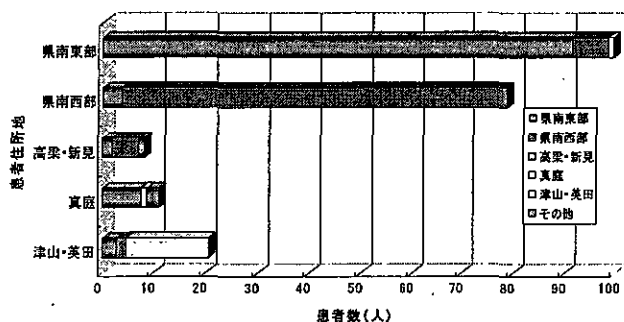
わが国には、既に多くの数の医療施設や病床が起動しており、医療施設の機能分化や連携体制を目指した医療計画を新たに作成することは、白紙に絵を描くこととは大きく異なる。疾病ごとの特性を捉え、地域における各医療施設がどのような強みを持っているのか、データにより現状を把握することが、有効な医療計画を作成するために重要であるだろう。

《集計結果サンプル1》

患者の受療行動

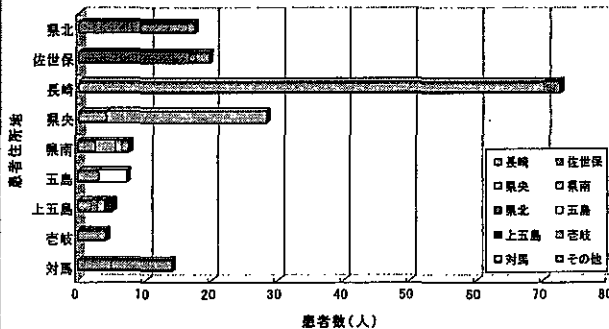
〔岡山県〕 急性心筋梗塞 〔長崎県〕

【手術：有 在院日数：ALL】



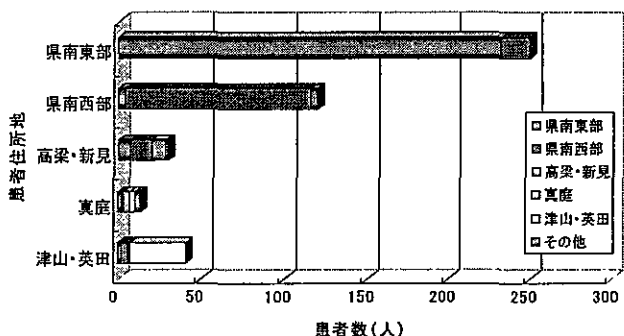
高梁・新見医療圏から県南西部医療圏へ、真庭医療圏から県南東部医療圏への患者移動が見られる。その他の医療圏の患者移動は比較的小なく、圏域内の完結度は高い。

【手術：有 在院日数：ALL】



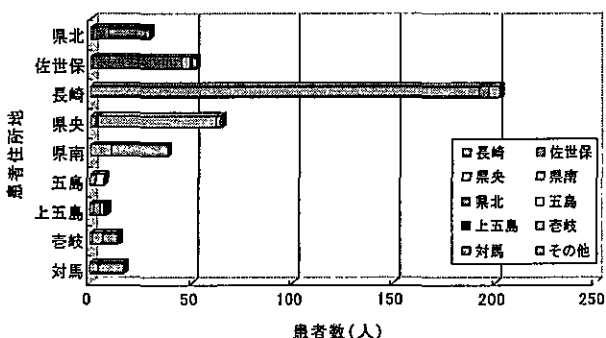
県北医療圏から佐世保医療圏へ、県央医療圏、県南医療圏、五島医療圏、上五島医療圏から長崎医療圏へ、県南医療圏から県央医療圏への患者移動が見られる。佐世保医療圏、長崎医療圏、県央医療圏は圏域内の完結度は高い。

【手術：無 在院日数：0-30日】



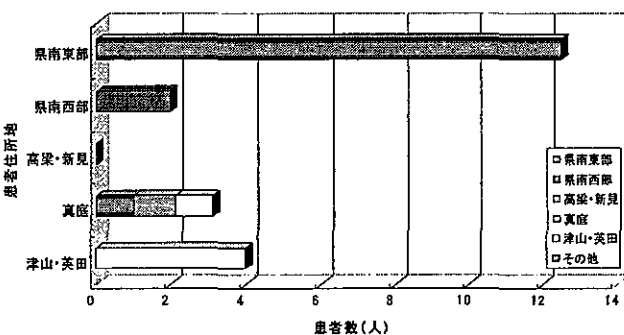
高梁・新見医療圏から県南西部医療圏への患者移動が見られる。県南西部医療圏と津山・英田医療圏の患者移動は少なく、圏域内の完結度は高い。

【手術：無 在院日数：0-30日】



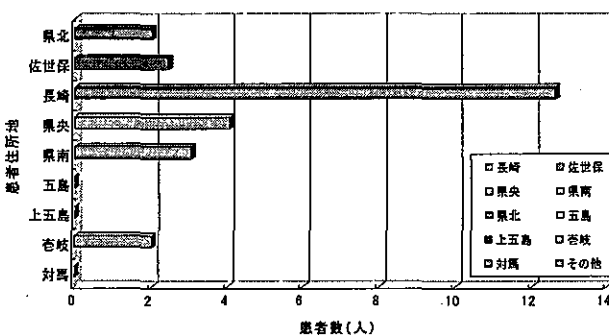
県北医療圏から佐世保医療圏へ、県南医療圏から県央医療圏への患者移動が見られるが、その他の医療圏の患者移動は比較的小なく圏域内の完結度は高い。

【手術：無 在院日数：31-365】



患者数が少ないためはっきりとした傾向とはいえないが、各医療圏で患者移動はほとんどなく圏域内の完結度は高い。

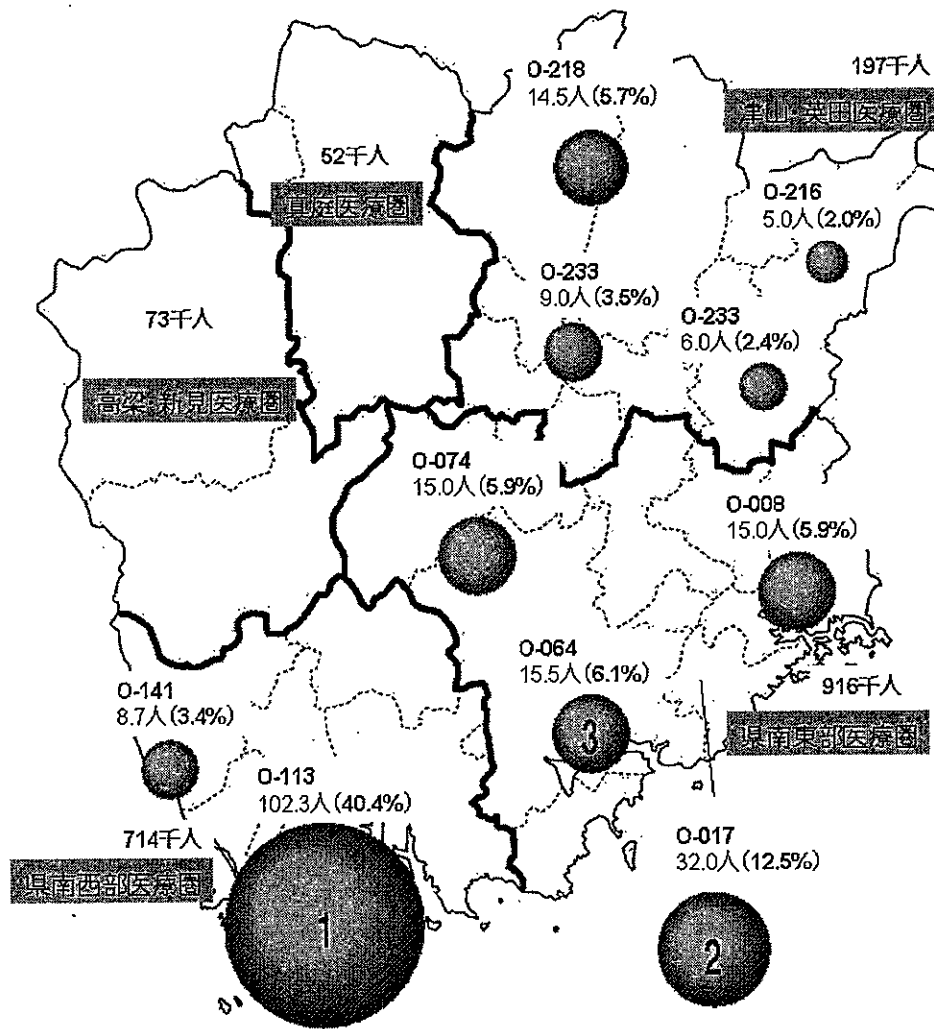
【手術：無 在院日数：31-365】



県北医療圏から県外への移動患者を除けば、各医療圏において患者移動はなく、圏域内で完結している。

《集計結果サンプル2》
 疾病ごとの県の主要医療施設

岡山県
 急性心筋梗塞【手術有／在院日数 ALL】



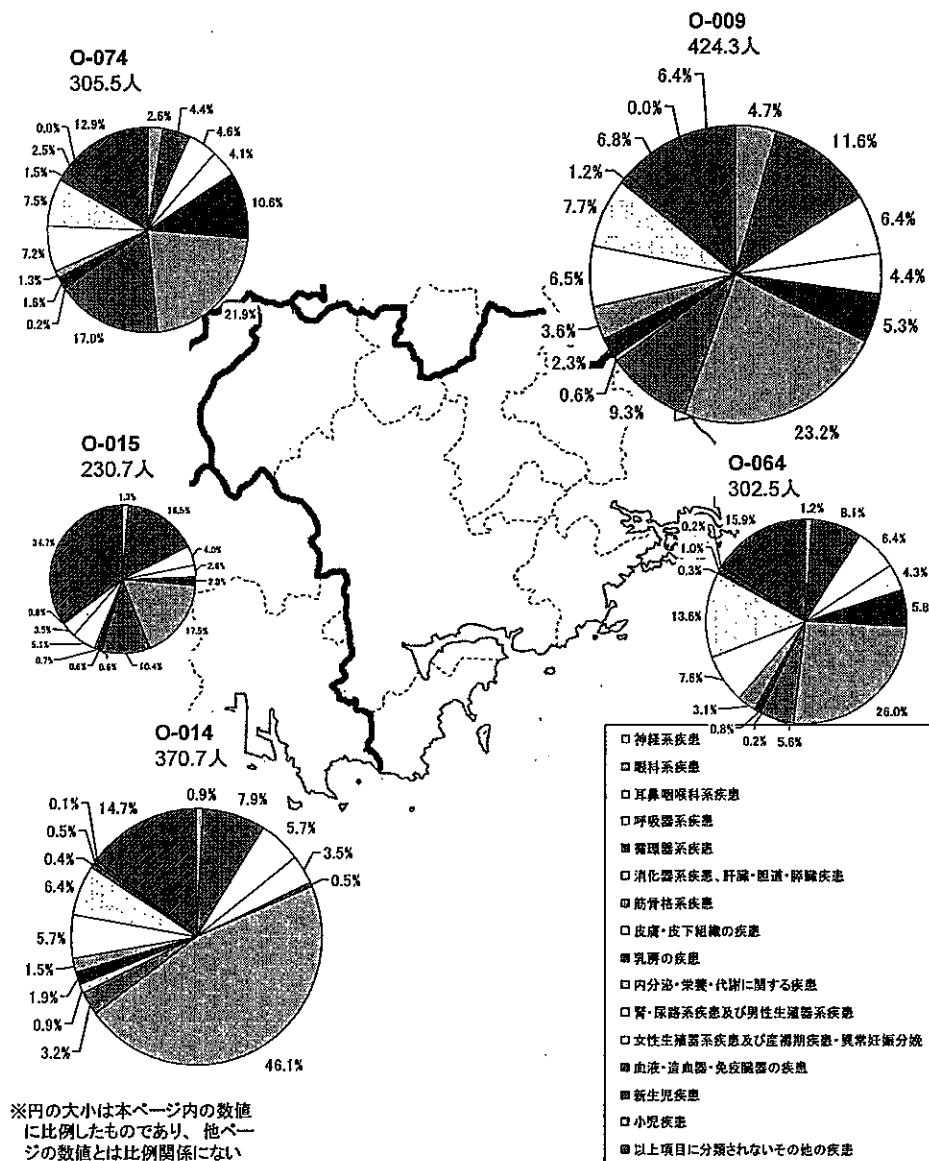
※円の大小は本ページ内の数値に比例したものであり、他ページの数値とは比例関係にない

県南西部医療圏の O-133 病院が 40.4%を占めており、圧倒的なシェアを占めている。県南東部医療圏では O-017 病院が 12.5%で県全体 2 位のシェアを占め、O-064 病院(6.1%)、O-008 病院(5.9%)、O-074 病院(5.9%)と拮抗したシェアが続いている。津山・英田医療圏には 5.7%を占める O-218 病院があり、これら 6 病院で全体の 76.6%となっている。

《集計結果サンプル3》

各二次医療圏の主要医療施設で提供されているサービス内容

岡山県
県南東部医療圏
【手術者/在院日数 ALL】



手術患者の疾患構成を見るとそれぞれにやや違いがあり、O-009 病院は神経系疾患、眼科系疾患、新生児疾患、O-014 病院は消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、O-074 病院は筋骨格系疾患、O-064 病院は女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩、O-015 病院は眼科系疾患とその他の疾患の割合が、各病院と比較して高い。O-014 病院の特徴は際立っているが、機能分化の余地はかなり大きいと考えられる。

7. 地域医療連携体制の構築に関する研究(研究要旨)

地域医療連携体制の構築に関する研究

分担事業者 岡 紳爾 (山口県宇部環境保健所)

4 疾病医療連携体制検討グループ：◎責任者

<事業協力者>

◎岡 紳爾 (山口県宇部環境保健所)	恵上博文 (山口県健康福祉部医務保険課企画監)
大前利市 (京都市右京保健所長)	角野文彦 (滋賀県東近江保健所長)
豊田 誠 (高知市保健所地域保健課長)	橋本弥生 (福岡県粕屋保健所技術主査)
日高良雄 (宮崎市保健所長)	山田敬子 (山形県村山保健所医務専門員)
山中朋子 (青森県五所川原保健所長)	中村恭子 (滋賀県東近江保健所保健師)
宮下潤子 (滋賀県東近江保健所作業療法士)	

<助言者>

仲宗根正 (沖縄県福祉保健部保健衛生統括監) 柏樹悦郎 (関西空港検疫所長)

先進事例追跡検討グループ：◎責任者

<事業協力者>

◎山中朋子 (青森県五所川原保健所長)	笹原賢司 (福島県相双保健所長)
永井伸彦 (秋田県横手保健所長)	山田敬子 (山形県村山保健所医務専門員)

<助言者>

柏樹悦郎 (関西空港検疫所長)

研究要旨：平成18年度の調査研究において、保健所が組織として「医療連携体制構築に向けての調整機能」を有することを明らかにした。今年度は、医療計画で新たに記載の求められる4疾病において先進的に調整機能を発揮している事例の選定と現地調査を、また、平成18年度調査の16事例について事業継続の状況と課題についてアンケート及び現地調査を行い、それぞれ要点を整理し提示することにより、連携体制のイメージ化を含む今後の保健所活動の参考に供した。さらに、事例の分析により、連携体制の立ち上げ期及び構築後における保健所の役割とともに、当該調整機能強化のために必要なポイントが明らかとなった。

A. 研究目的

医療制度改革の一環として新たに策定する医療計画において、保健所は「医療連携体制構築の調整機関」として想定されるとともに、新たに記載が必要となる4疾病(脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、がん)における医療連携体制の構築に向け、更なる調整機能の発揮が求められている。

このため、平成18年度は、医療連携体制の構築に関して、全国から4疾病5事業を中心に16か所の先進事例を調査し、保健所が組織として調整機能を有する事実とともに、その調整機能の発揮に必要な条件を提示することができた。

その過程の中で、特に4疾病については、既存の病診・病病連携の存在等から、保健所の関与の在り方に関する様々な検討課題が判明した。更に連携体制の立ち上げ期と構築された後といった構築時期や疾患により、保健所の役割が異なってくることも想定された。

そこで、4疾病の先進的な医療連携体制構築事例について選定・現地調査を行うとともに、昨年度の16事例についても追跡調査を行い、4疾患の医療連携体制の具体的例示と医療連携体制構築の立ち上げ期と構築後における保健所の役割を検討することによって、今後の新たな保健所機能としての「医療連携体制構築に向けての調整機能」の強化に資する。

B. 研究方法 及び C. 結果 (図1)

4 疾病医療連携体制検討グループ

1 4 疾病における事例の抽出・選定 (表1)

■平成18年度「地方分権班と保健衛生行政に関する調査研究」の保健所調査結果を元に、73カ所の保健所に対し内容確認のための調査票を送付回収(がん36、脳卒中45、心筋梗塞15、糖尿病26)。また、学会誌及び日本医療マネジメント学会抄録、研究報告書、医学中央雑誌などを検索した。

■合計32事例が候補として抽出されたが、最終的に各疾病ごとに3事例計12事例(保健所関与あり6事例、関与なし6事例)を選定した

2 現地調査及び平成19年度重点項目の検討

■12事例について経過の整理を行った。

■現地調査重点項目として、①問題を把握した経緯、②意志決定過程(対応を決めた経緯・取り組むに当たっての戦略)、③保健所(推進組織)が果たした役割、④調整が可能であった諸条件、⑤関係機関等の期待した保健所機能(行政への期待)、を設定・抽出した。※()は保健所が関与していない事例

■平成19年度重点項目として①事例から読み取れる医療連携体制について(ア医療連携体制とは、イ何が出来ていればよいのか)、②連携体制構築にあたって必要な条件(ア調整にあたって必要とされる各種条件、イ調整に役立つノウハウコツ)、③保健所が関与する医療連携体制とは(ア連携部位・関与時期の視点から、イ4疾患における保健所関与の効果と期待される役割)を抽出整理した(表2~4)。

先進事例追跡検討グループ

1 平成18年度16事例の追跡調査

■16事例について、その後の事業の進捗状況及び連携体制構築以降の保健所関与の状況についてアンケート調査を実施した。調査内容は、①連携構築による目的達成状況、②保健所の関与の状況(関与の変化の有無)、③事業の稼働状況(実績、評価、予算)、④課題、⑤新たな取り組み

■16事例中13事例が事業を継続。病床調整に関わる2例は、事業は終了したが新たな取り組みを開始。事業が終了し保健所も関わっていないのは1事例のみであった。

2 現地調査及び保健所の役割の検討 (図2)

■事業継続事例を分析した結果、特徴的な関わり方として4つのパターンに分類することが出来た。①保健所主体から医療機関(医師会)主体への移行を模索している事例、②事業に住民参加を進めるとともに、保健所が普及・啓発に取り組んでいる事例、③緊急避難的な対応後、引き続き体制維持に関与している事例、④健康危機管理(災害医療)に取り組んでいる事例。これらのうち①②④3パターン5保健所について現地調査を行った。

■アンケート追跡調査から各事例ごとに課題(視察のポイント)を整理し、①課題に向けての取り組みの方向性、②連携体制継続に向けての具体的取り組みとコツ、③継続における保健所の役割、について整理を行った(表5~6)。

D. 考察及びまとめ

- 先進的事例の提示により、すでに医療機関相互の連携が存在する4疾病において、保健所が関与して構築できる医療連携体制の具体的なイメージ、さらに、調整に取り組むにあたってのノウハウコツを提供することが出来た。
- 医療計画の作成にあたって求められた「医療連携体制構築」の具体的な内容について、事例を通して示すことで、何が出来ていることが「医療連携体制構築」と言えるのか、その詳細が明らかとなった。
- 4疾病において保健所（行政）の関与の有無によって、一部で連携部位が異なっており、行政関与による特徴がみられた（健診を含む予防との連携、介護関係機関や在宅との連携など）。
- 16事例の追跡調査から、連携体制構築後に生じる課題とともに「連携体制の立ち上げ期から保健所が考慮しておくべき視点」が明らかとなった。さらに「事業をシステム化するためのノウハウコツ」についても提示することができた。
- 保健所が関与することによるメリット（公的な立場による調整・情報提供・現状調査及び評価・普及啓発など）とともに関与に際して考慮しておくべき点も明らかとなった。
このたびの調査研究から医療連携体制構築に関する調整機能は従来の地域保健対策で培ってきた機能の延長線上にあるものと言える。さらに、示された条件等を踏まえて医療連携体制構築に取り組むことにより、効果・効率的に調整機能を発揮することが出来ると考えられた。

E. 今後の計画（課題）

今年度は2年事業の最終年度

2年間の取り組みにより、医療計画の策定が進んでいる中での課題が以下の通り明らかとなった。

①構築された医療連携体制の評価方法と内容の更新、②医療連携体制構築に係る取り組みのルーチン業務としての位置づけとそのための仕組み、③調整機能発揮に際しての保健所と本庁の役割分担と連携、④市型保健所における取り組み。

今後、こうした課題について新たに取り組みを行っていく必要がある。

(抄録-図1) 研究班の取り組みの概要-2つのグループによる検討

平成19年度の方向性(医療計画策定に向けて動き出している中で……)

■平成18年度は保健所が医療連携体制構築の調整機能を組織として有していることを提示

■新たに記載が求められる4疾病の医療連携体制イメージの提示
 ■経営戦略上の連携が一部機能している中での保健所関与の意義

■保健所の継続関与の要件
 ■連携体制構築後の保健所(行政)の役割

4疾病医療連携体制検討グループ

- 脳卒中 3事例
- 心筋梗塞 3事例
- 糖尿病 3事例
- ガン 3事例

先進事例追跡検討グループ

- ◆平成18年度調査報告16事例の実施状況調査
- 実施主体の移行 2事例
- 住民組織との協働 2事例
- 災害における役割 1事例

4疾病医療連携体制について

- (1) 事例から読み取れる医療連携体制について
- (2) 連携体制構築にあたって必要な条件
 ・調整に役立つノウハウ
- (3) 保健所が関与する医療連携体制とは

連携体制構築後の役割について

- (1) 課題に向けての取り組みの方向性
- (2) 連携体制継続に向けての具体的な取り組みとコツ
- (3) 継続における保健所の役割

<全体のまとめ:保健所関与の在り方>

1 保健所が関与する医療連携体制とは

2 今後の課題

4 疾病医療連携体制検討 グループ

- 新たに記載が求められる4疾病の医療連携体制
イメージの提示
- 経営戦略上の連携が一部機能している中での
保健所(行政)関与の意義

(抄録-表1) 4疾病医療連携体制—現地調査—一覧

事例名 □ 保健所関与あり、■ 保健所関与なし		中心となった機関(関与保健所名)
脳卒中		
事例1	□ 地域内共通連携クリティカルパスの構築	富山県新川厚生センター、地域リハビリテーション連絡協議会
事例2	□ 脳卒中中等地域リハビリテーション支援実践モデル事業	大阪府豊中保健所、地域リハビリテーション支援病院等連絡会
事例3	■ 備後脳卒中ネットワーク	脳神経センター大田記念病院
心筋梗塞		
事例4	□ 急性心筋梗塞の早期発見、急性期患者搬送・医療連携のためのシステムの維持運営	災害医療センター、多摩立川保健所
事例5	■ 急性心筋梗塞を中心とする急性心血管疾患患者に対するCCU対応可能医療施設への救急搬送システムの構築と維持運営(東京都CCUネットワーク)	都内CCU対応可能医療施設、東京都医師会、東京都福祉保健局、東京消防庁
事例6	■ 医師会による急性心筋梗塞に係る統一地域連携パスの作成・運用	岐阜市医師会、岐阜県総合医療センター、岐阜市民病院、岐阜大病院他
糖尿病		
事例7	□ 安来能義地域の糖尿病対策 一次から三次予防までの保健医療連携体制整備	島根県松江保健所、安来市、安来能義地域糖尿病管理協議会
事例8	■ 循環連携・地域連携パス(わかしお医療ネットワーク)	千葉県立東金病院、医師会
事例9	■ 医師会と病院による統一地域連携パスの作成・運用	酒田地区医師会、市立酒田病院、県立日本海病院 他
がん		
事例10	□ 地区医師会と連携した在宅緩和ケアの推進事業	福島県県北保健福祉事務所
事例11	□ 県庁主導による緩和ケア連携の推進	広島県福山地域保健所
事例12	■ □ 在宅終末期医療・ケアの実施にむけての連携体制の構築	中川医院、新川地域医療連携懇話会

表1 続き		事例名 □ 保健所関与あり、■ 保健所関与なし	医療連携体制の内容(概略)
脳卒中			
事例1	□ 地域内共通連携クリティカルパスの構築		■ 地域リハビリテーション支援体制整備事業の発展型 ■ 急性期から在宅介護までの地域連携バスを活用したケアシステムを構築
事例2	□ 脳卒中等地域リハビリテーション支援実践モデル事業		■ 急性期・回復期病院間の連絡会と、維持期分野の専門職による維持期検討部会を結成 ■ 最終的に急性期・回復期・維持期を結ぶネットワークを形成した。
事例3	■ 備後脳卒中ネットワーク		■ 脳卒中中核医療機関と周回の医療機関とのネットワーク構築(地域連携バスの活用) ■ 介護関係施設との連携も進行中
心筋梗塞			
事例4	□ 急性心筋梗塞の早期発見、急性期患者搬送・医療連携のためのシステムの維持運営		■ 心筋梗塞発症時に循環器救急医療機関へのスムーズな受診システムを構築 ■ 市民向けパンフレットなどを作成し、救急医療に関する普及啓発を実施し成果を挙げたもの
事例5	■ 急性心筋梗塞を中心とする急性心血管疾患患者に対するCCU対応可能医療施設への救急搬送システムの構築と維持運営(東京都CCUネットワーク)		■ 循環器専門医が中心となり、急性心血管疾患患者の救急搬送及び取巻のためのシステムを構築
事例6	■ 医師会による急性心筋梗塞に係る統一地域連携バスの作成・運用		■ 医師会が中心となり急性心筋梗塞後の心事故発生を防止と医療レベルの質の均一化が目的 ■ 診診連携、診・病連携による管理体構築のためのツールとして地域連携バスを導入
糖尿病			
事例7	□ 安来能義地域の糖尿病対策 一次から三次予防までの保健医療連携体制整備		■ 予防(検診)から医療への連携、治療状況の患者への還元などの糖尿病患者管理システムの構築 ■ 関係者の定期的研修の継続と患者家族会の支援
事例8	■ 循環連携の構築(わかしお医療ネットワーク)		■ 資金調達が地域の診療所や薬局との電子カルテネットワークを活用した診療支援システムの構築 ■ 研究会の継続的な開催による診療技術の向上とヒューマンネットワークの構築
事例9	■ 医師会と病院による統一地域連携バスの作成・運用		■ 地域内の病院再編を契機に、地区医師会が中心となり病院と診療所の役割分担の見直し ■ 医療資源の有効活用のため、統一した地域連携バスを作成
がん			
事例10	□ 地区医師会と連携した在宅緩和ケアの推進事業		■ 県の事業化による地域でのモデル地区としての在宅緩和ケア体制の構築 ■ 医療から介護までを含む役割分担の明確化と、連携ツールの作成
事例11	□ 県庁主導による緩和ケア連携の推進		■ 県の事業化による全圏域での緩和ケア地域連絡協議会の設置 ■ 医師会単位での緩和ケア推進チーム設置に向けての研修
事例12	■ □ 在宅終末期医療・ケアの実施にむけての連携体制の構築		■ 在宅終末期医療に取り組むための受け皿としての診療所間の組織作り ■ 診診連携、診・病連携のための地域連携バスの導入

(抄録-表2) 4疾病医療連携体制について(一部抜粋)

—事例から読み取れる医療連携体制—

1 医療連携体制とは(具体的に)

- (1)関係機関における必要な患者情報の共有(4疾患共通)
- (2)受け皿の確保とその情報の関係者間での共有(4疾患共通)
- (3)関係機関の果たす役割が明確になり、スタッフがそれを理解していること(3疾患共通)
- (4)連携チーム内での診療・対応基準の標準化ができていること(3疾患共通)
- (5)医療機関を中心とした関係機関の機能・レベルについての相互の把握(2疾患共通)
- (6)関係者の研修による知識の均質化と相互理解(顔の見える関係)(3疾患共通)
- (7)連携システムの評価、改訂のためデータの収集・分析システム(2疾患共通)
- (8)住民(患者・家族)がかかるべき医療・介護施設の機能を理解していること(3疾患共通)
- (9)患者・家族が様態の変化と急変時の対応を理解していること(2疾患共通)

2 何が出来ていればよいのか(評価となる内容)

1 関係機関に関するもの

- (1)患者情報共有ツールの作成:脳卒中ノート、地域連携パス、糖尿病手帳、かりつけ医カード
- (2)関係機関機能別リスト:医療、福祉機関の機能の一覧の存在とその一般への公開制度
- (3)診療・対応統一基準の作成と配布:治療の申し合わせマニュアル、緩和ケアの手引き
- (4)関係機関に関する様々な情報交換のためのツール:メーリングリスト、ホームページなどのIT
- (5)定例的な研修会、研究会、事例検討、意見交換会:地域医療連携研究会・交流会、CCU研究会

2 住民(患者)に関するもの

- (1)患者、家族に対して治療・療養に関する情報提供のためのツール:患者・家族用地域連携パス、糖尿病手帳
- (2)関係機関機能別リスト:医療、福祉機関の機能の一覧の存在とその一般への公開制度
- (3)患者・家族会の定期的開催

3 アウトカムに関するもの

- (1)発症から救急医療機関受診にかかる時間の短縮
- (2)患者数及び疾患にかかる医療費の減少

(抄録-表3) 4疾病医療連携体制について(一部抜粋)

—連携体制構築にあたって必要な条件(キーワードのみ記載)—

1 調整にあたって必要とされる各種(前提)条件

- (1)人材に関する事(保健所の関与の有無にかかわらず共通)
 - ・熱意があるキーパーソンの存在
 - ・キーパーソンが顔の見える関係であること
- (2)保健所の取り組みや姿勢に関する事
 - ・基礎となる事業の実施
 - ・保健所(行政)の役割について関係機関の理解
 - ・地域の勉強会などに参加
- (3)機会・場に関する事(行政関与では協議会であり、医療機関では研修会やIT)
 - ・検討の出来る定例的な場の存在
 - ・技術平準化のための継続した研修の機会
 - ・情報交換網の存在
- (4)関係機関に関する事
 - ・基幹病院の地域連携室の活発な活動
 - ・地域連携への期待
- (5)住民に関する事
 - ・住民による自主活動組織の存在

2 調整に役立つノウハウコツ

- (1)人材に関する事
 - ・核となる組織、人物を活用
- (2)連携体制の組織化に関する事
 - ・参加することのメリットを提示
 - ・中核病院及び医師会に事務局設置
 - ・チームとしての受け皿作り
 - ・検討段階から必要な関係機関、職種の参加
 - ・コメディカル中心で連携体制構築
- (3)連携体制の運営に関する事
 - ・保健所は仲介役、調整役に徹する
 - ・方向性を示すデータの提示
 - ・分析と評価の実施
 - ・普及啓発で住民組織との協働
 - ・各種ツールの作成など目標の設定
 - ・実践体験の積み上げ
- (4)機会・場の設定に関する事
 - ・意見交換の場を設定
 - ・知識習得のための研修会等を継続的に開催
- (5)予算に関する事
 - ・参加機関の分担
 - ・行政のモデル事業
 - ・医師会事業

※ 朱文字:共通する事項 青文字:保健所関与ありのみ 緑文字:保健所関与なしのみ

(抄録-表4) 4疾病医療連携体制について

— 4疾病における保健所関与の効果と期待される役割 —

- ・いずれも保健所の「公的な立場」を活用したものである。
- ・「共通する項目」①調整 ②他の領域への働きかけ ③現状分析と評価 ④普及啓発に加え情報があげられる。

	【保健所の果たした役割:保健所関与あり事例から】	【保健所への期待:保健所関与なし事例から】
共通する項目	①関係機関・団体との調整、コーディネーター的役割 ②多くの関係機関・職種に事業への参加働きかけ ③地域の課題や連携システムの現状評価のための調査 ④医療機関、地域住民への連携システムの周知・普及啓発	①意見、情報の取りまとめおよび利害調整 連携の取り組みに対して公的な位置づけを付与 (単独医療機関で取り組むと、困り込み・利益誘導と判断されやすい) ②回復期や介護機関の参画には行政の関与が有利 ③調査などを通じて、システム(地域連携バスなど)の評価に関与 ④地域住民への連携システムの周知と相談に応じる体制づくり
特有の項目	■メーリングリストなど情報交換体制を構築 ■様々な情報を入手しやすい立場にあり、地域の現状や、動き等の情報を提供(協議、調整に活用)	◆予防と医療を結ぶことを目的に、市町村との調整 ◆国県の動向を踏まえ、圏域での取り組みの方向性について調整

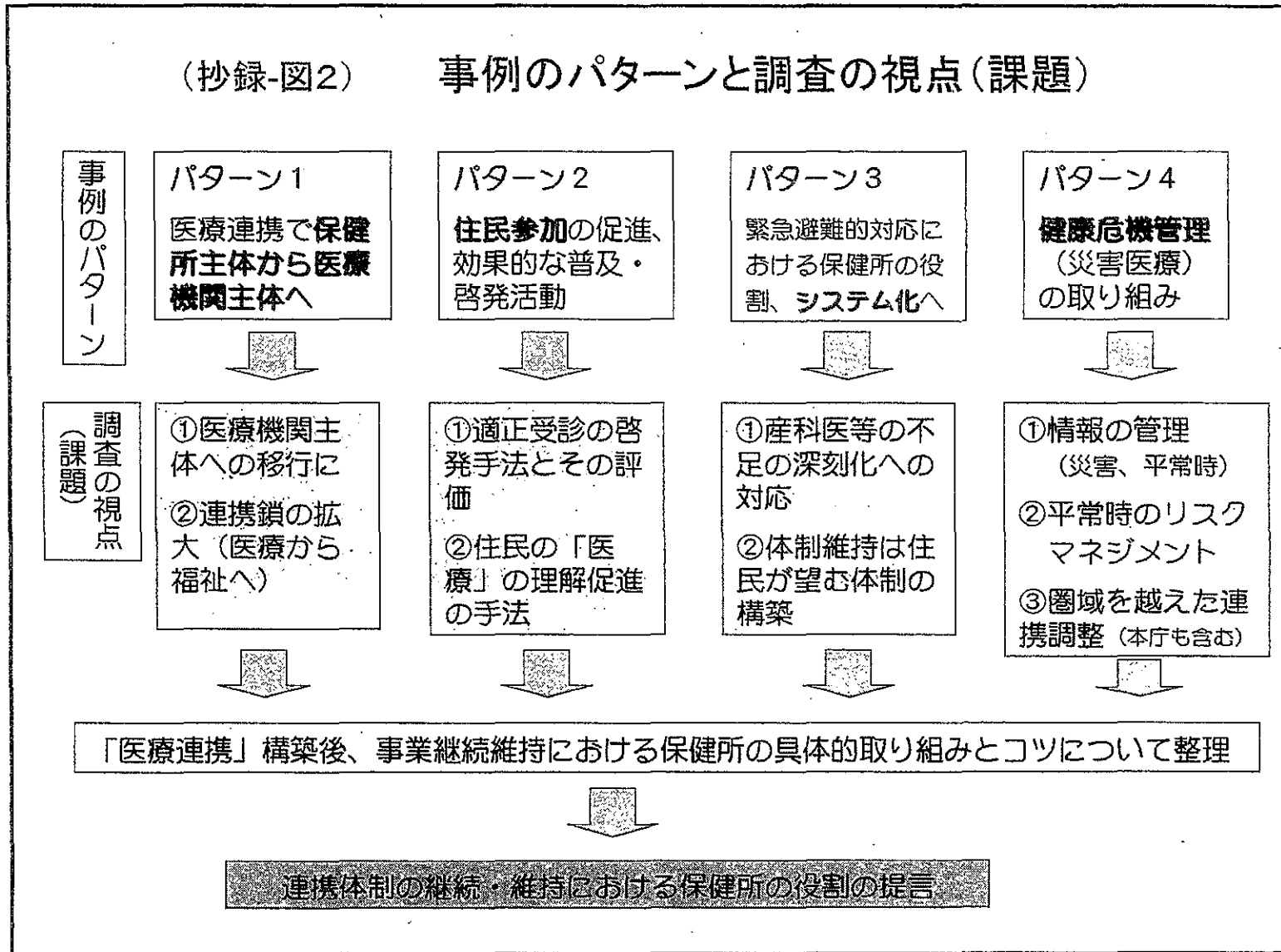
※行政が関与することによる問題点を指摘する意見
 実施主体の自主性 関係機関の横並び体制 すべての関係者の参画 制度の枠内での縛り

先進事例追跡検討グループ

- 保健所の継続関与の要件
- 連携体制構築後の保健所(行政)の役割

(抄録-図2)

事例のパターンと調査の視点(課題)



(抄録-表5) 連携体制構築後の継続要件、取り組みのコツ

①関係者が一堂に会する検討の場の継続

- ◆連携鎖を念頭に置いた検討メンバーの選定（保健や福祉）：パターン1
- ◆立ち上げ時から、保健所関与のスタンスや関係者の役割の明確化：パターン1, 3, 4

②関係者が主体的に活動できるような働きかけ

- ◆地域連携パスの見直しや運用上の検討は医療機関主体へ：パターン1
- ◆協議会のメンバーとして、関係者に課題を提示し、自主的な活動を支援：パターン4

③地域の熱意あるリーダーの育成、創出

- *事業創設時は、地域の熱意あるキーパーソンを発掘することも成功要件のひとつであるが、継続時には、事業を通して、リーダーを育成していくことも重要

④保健所の医療分野における日ごろの役割の発揮

- ◆利害のない中立的な立場での関与を求められている：パターン1, 2, 3, 4
- ◆立ち入り検査や医療機能調査等による地域の医療資源の把握：パターン1, 2, 3, 4
- ◆医療計画の進行管理等各種評価を担っている：パターン1, 2, 4

⑤人材の育成や組織化等の基盤整備

- ◆医療機関への地域医療連携室設置促進と看護職による病院と福祉施設間の連携調整のための「橋渡しネットワーク連絡会」の発足：パターン1
- ◆看護職の災害時医療に関する研修会開催：パターン4

(◆：取り組みのコツ)

(抄録-表6) 医療連携構築後の保健所の役割

期待される役割のいずれも保健所の「公的な立場」を基にしたものである。

役割として、①調整 ②現状分析と評価 ③普及啓発 に加え、情報・場の設定・人材育成 があげられる

①関係者の協議の場の運営、意見調整、事業の評価

(事務局やメンバーとして)

②連携鎖の拡大(特に、医療と福祉)の調整

③医療連携(パス含む)や適正受診などの住民への普及・啓発

④連携に関わる人材の育成とネットワーク化

⑤健康危機対策としての情報管理(災害時、平常時)など、公衆衛生上
あるいは地域保健法に基づく保健所の役割の発揮

⑥圏域を越えた広域連携における調整(本庁との役割分担が課題)

⑦公的な検討の場のほか、関係者との個別の調整や日ごろの交流での
意見交換や情報収集による地域(あるいは事業)の問題点の把握・抽出

8. 小児科・産科の医療資源の集約化・重点化の推進状況

小児科における医療資源の集約化・重点化の推進状況について

		集約化・重点化の必要性の検討結果				新たな医療計画における医療連携体制の記載状況			
		必要性あり		集約化は実施しない・現状では実施できない	引き続き集約化の必要性を検討中	集約化(及び重点化)		重点化等	
		具体策を策定し実施	集約化の具体的な検討課題、対応方針を策定等			連携強化、拠点化、機能分担等を図る医療機関名を記載	具体策は継続的な検討課題等 → 重点化等の医療機関名を記載	連携強化、拠点化、機能分担等を図る医療機関名を記載	
集約化(及び重点化)	重点化								
1	北海道		◎					○	
2	青森県				○			○	
3	岩手県				○			○	
4	宮城県		◎					○	
5	秋田県				○			○	
6	山形県				○			○	
7	福島県			○			○		
8	茨城県	◎				○			
9	栃木県				○			○	
10	群馬県							○	
11	埼玉県				○			○	
12	千葉県							○	
13	東京都							○	
14	神奈川県							○	
15	新潟県				○				
16	富山県			○			○		
17	石川県				○			○	
18	福井県				○		○		
19	山梨県				○			○	
20	長野県			○			○		
21	岐阜県				○		○		
22	静岡県				○			○	
23	愛知県				○			○	
24	三重県				○			○	
25	滋賀県				○			○	
26	京都府							○	
27	大阪府	◎				○			
28	兵庫県	◎				○			
29	奈良県							○	
30	和歌山県		◎					○	
31	鳥取県				○			○	
32	島根県			○			○		
33	岡山県							○	
34	広島県	◎				○			
35	山口県	◎				○			
36	徳島県			○			○		
37	香川県				○				
38	愛媛県	◎				○			
39	高知県				○			○	
40	福岡県		○					○	
41	佐賀県		◎					○	
42	長崎県	○							
43	熊本県			○			○		
44	大分県		◎					○	
45	宮崎県			○			○		
46	鹿児島県				○			○	
47	沖縄県				○			○	
	合計	7	6	7	20	7	6	9	27

(注):平成20年10月1日現在

◎印は、集約化又は重点化計画(具体策)が策定済みであるものを示す。

産科における医療資源の集約化・重点化の推進状況について

		集約化・重点化の必要性の検討結果				新たな医療計画における医療連携体制の記載状況		
		必要性あり				集約化(及び重点化)		重点化等
		具体策を策定し実施		集約化の具 体策は継続 的な検討課 題、対応方 針を策定等	集約化は実 施しない・現 状では実施 できない	引き続き集 約化の必要 性を検討中	連携強化、 拠点化、機 能分担等を 図る医療機 関名を記載	具体策は継 続的な検討 課題等 - 重 点化等の医療機関名 を記載
集約化 (及び重点化)	重点化	連携強化、 拠点化、機 能分担等を 図る医療機 関名を記載	重点化等					
1	北海道		◎					○
2	青森県				○			○
3	岩手県		◎					○
4	宮城県	◎				○		
5	秋田県	◎				○		
6	山形県			○				○
7	福島県			○			○	
8	茨城県				○			○
9	栃木県				○			○
10	群馬県	○						
11	埼玉県				○			○
12	千葉県				○			○
13	東京都							○
14	神奈川県							○
15	新潟県				○			
16	富山県				○			○
17	石川県				○			○
18	福井県				○			○
19	山梨県							○
20	長野県			○			○	
21	岐阜県	◎				○		
22	静岡県				○			○
23	愛知県				○			○
24	三重県				○			○
25	滋賀県				○			○
26	京都府							○
27	大阪府		◎					○
28	兵庫県		◎					○
29	奈良県							○
30	和歌山県				○			○
31	鳥取県				○			○
32	島根県			○			○	
33	岡山県							○
34	広島県	◎				○		
35	山口県		◎					○
36	徳島県			○			○	
37	香川県				○			
38	愛媛県			○			○	
39	高知県				○			○
40	福岡県				○			○
41	佐賀県		◎					○
42	長崎県				○			○
43	熊本県	◎				○		
44	大分県		◎					○
45	宮崎県				○			○
46	鹿児島県				○			○
47	沖縄県				○			○
	合計	6	7	6	22	6	5	33

(注)：平成20年10月1日現在

◎印は、集約化又は重点化計画(具体策)が策定済みであることを示す。

9. へき地保健医療対策の現状

これまでの対策

- 山村、離島等のへき地における医療の確保については、昭和31年度から9次にわたる「へき地保健医療計画」を策定し、二次医療圏単位で各種施策を講じてきた。
- これに伴い、無医地区数は以前に比べ大きく減少。

【無医地区の変遷】

調査年	無医地区数	人口
昭和41年	2,920	119万人
昭和48年	2,088	77万人
昭和59年	1,276	32万人
平成6年	997	24万人
平成11年	914	20万人
平成16年	786	16万人

※無医地区：医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、通常の交通機関を利用して医療機関まで片道1時間超を要する地域など。

現在の取組

- 医療資源の都市部偏在等により二次医療圏単独では医療過疎地域の医療需要に対応しきれないため、より広域的に都道府県単位でのへき地対策を講じているところ（平成18年度からは、第10次「へき地保健医療対策」を実施）。

[主要事項]

(1) へき地医療支援機構

概要：都道府県単位で設置し、へき地診療所等からの代診医の派遣要請等、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行う。

箇所数：39か所（平成20年3月31日現在）

(2) へき地医療拠点病院

概要：都道府県単位での指導・調整の下に「へき地診療所」への医師派遣、「へき地診療所」の無い無医地区等を対象とした巡回診療等を行う。

箇所数：257病院（平成20年3月31日現在）

補助先：都道府県の指定した病院

（運営費（医師派遣、巡回診療実施のための人件費等）、施設・設備整備）

実績：医師派遣 114病院（派遣対象診療所244診療所）
巡回診療 95病院（対象無医地区数300地区）

（平成19年度現況調より）

(3) へき地診療所

概要：無医地区において診療所を整備し、地域住民の医療確保を図る。

箇所数：1,063か所〔国保診療所含む〕(平成20年3月31日現在)

補助先：都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連、北社協他
(運営費(診療実施のための人件費等)、施設・設備整備)

(4) へき地保健指導所

概要：無医地区等にへき地保健指導所を整備し、保健医療の機会に恵まれない住民に対する保健指導を行う。

箇所数：43か所(平成20年3月31日現在)

補助先：都道府県、市町村

(5) へき地巡回診療車(船・ヘリ)

概要：無医地区等の医療の確保を図るため巡回診療を実施する。

台数：71台(車：61台、船：6隻、歯科診療車：4台)

(平成20年3月31日現在)

※離島巡回診療ヘリは平成19年度より実施(1機：鹿児島県)

(6) へき地患者輸送車(艇)

概要：患者輸送車を整備し、へき地の患者を最寄医療機関まで輸送する。

台数：315台(車：304台、船11隻)

(平成20年3月31日現在)

10. 医療施設等の施設・設備整備事業

医療施設等 施設 整備費補助金の概要

I 予定額

平成21年度予定額
501,540千円

II 要旨

へき地・離島の住民に対する医療の確保など、国が特に責任を果たしていく必要があることから、離島を含むへき地に所在する医療施設等に対する補助制度は従前のとおり存続させるもの。

III 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》 (事業実施主体)	補助率
へき地医療拠点病院 (公立・公的・民間)	1/2
へき地診療所 (公立・公的・民間)	1/2
過疎地域等特定診療所 (都道府県・市町村)	1/2
へき地保健指導所 (都道府県・市町村)	1/3、1/2
研修医のための研修施設 (民間)	1/2
臨床研修病院 (民間)	1/2
医師臨床研修病院研修医環境整備 (民間)	1/3
産科医療機関 (公立・公的・民間)	1/3
離島等患者宿泊施設 (公立・公的・民間)	1/3

医療施設等 設備 整備費補助金の概要

I 予定額

平成21年度予定額

922,782千円

II 要旨

へき地・離島の住民に対する医療の確保など、国が特に責任を果たしていく必要があることから、離島を含むへき地に所在する医療施設等に対する補助制度は従前のおり存続させるもの。

III 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》（事業実施主体）	補助率
へき地医療拠点病院（公立・公的・民間）	1/2
へき地診療所（公立・公的・民間）	1/2、3/4
へき地患者輸送車（艇）（都道府県・市町村）	1/2
へき地巡回診療車（船）（公立・公的・民間）	1/2
離島歯科巡回診療用設備（都道府県）	1/2
過疎地域等特定診療所（都道府県・市町村）	1/2
へき地保健指導所（都道府県・市町村）	1/3、1/2
へき地・離島診療支援システム（公立・公的・民間）	1/2
沖縄医療施設（公立・公的）	3/4
奄美群島医療施設（都道府県）	1/2
地域医療充実のための遠隔医療設備（公立・公的・民間）	1/2
臨床研修病院支援システム（公的・民間）	1/2
離島等患者宿泊施設設備（公立・公的・民間）	1/3
産科医療機関設備（公立・公的・民間）	1/2

医療提供体制施設整備交付金の概要

I 予定額

平成21年度予定額
9,860 百万円

II 要旨

新たな医療計画制度の実効性を確保し、医療提供体制と地域保健及び健康増進体制との連携強化を図る観点から、都道府県の作成した「医療計画に基づく事業計画」により、都道府県が自主性・裁量性を発揮できる助成制度の仕組みとして、救急医療施設、周産期医療施設等の施設整備を支援するもの。

III 「計画に基づく施策の実施（施設）」に対して助成を行う

医 療 計 画

都道府県は「医療計画に基づく事業計画」を策定

「医療提供体制施設整備交付金」を各都道府県に交付

IV 交付対象

補助対象除外施設：公立分（全事業）、公的分（一部事業）

交付金対象事業区分		
休日夜間急患センター	小児医療施設	地震防災対策医療施設耐震整備
病院群輪番制病院	周産期医療施設	医療機器管理室
共同利用型病院	院内感染対策施設	内視鏡訓練施設
(地域)救命救急センター	看護師勤務環境改善	医療施設耐震整備
小児救急医療拠点病院	看護師宿舎	アスベスト除去等整備
がん診療施設	医療施設近代化施設	小児科・産科連携病院等病床 転換施設
医学的リハビリテーション施設	特殊病室施設	小児初期救急センター施設
不足病床地区病院	基幹災害医療センター	肝移植施設
特定地域病院	地域災害医療センター	院内助産所・助産師外来施設
共同利用施設（開放型病棟等）	治験施設	病院内保育所
看護師等養成所	歯科衛生士養成所	⑧地球温暖化対策
腎移植施設	病児・病後児保育施設	⑧救急ヘリポート

医療提供体制推進事業費補助金の概要

I 予定額

平成21年度予定額
35,785百万円

II 要旨

新たな医療計画制度の実効性を確保し、医療提供体制と地域保健及び健康増進体制との連携強化を図る観点から、都道府県の作成した「医療計画に基づく事業計画」により、都道府県が自主性・裁量性を発揮できる助成制度の仕組みとして、救急医療等の経常的な経費の補助を行うもの。

III 補助制度の概念

医療計画

都道府県は「医療計画に基づく事業計画」を策定

「医療提供体制推進事業費補助金」を各都道府県に交付

IV 補助対象：設備整備費関係の抜粋

(注意)：公立分及び公的分が補助対象とならない事業も含まれている。

補助対象事業区分		
休日夜間急患センター	人工腎臓不足地域	NBC災害・テロ対策設備
病院群輪番制病院	小児医療施設	内視鏡訓練施設設備
共同利用型病院	周産期医療施設	小児科・産科連携病院等 病床転換設備
救命救急センター	看護師等養成所初度設備	小児初期救急センター設備
高度救命救急センター	看護師等養成所教育環境改善	院内助産所・助産師外来設備
小児救急医療拠点病院	理学療法士等養成所初度設備	医療機関アクセス支援車
小児救急遠隔医療設備	院内感染対策設備	在宅訪問歯科診療設備
がん診療施設	基幹災害医療センター	
医学的リハビリテーション施設	地域災害医療センター	
共同利用施設(高額医療機器)	歯科衛生士養成所初度設備	
HLA検査センター	環境調整室	

11. 都道府県医療対策協議会の開催状況

都道府県医療対策協議会の開催状況

都道府県	協議会等の名称	開催回数		参画者数	内訳(注1)													具体的な取組例(注2)
		19年度実績	20年度予定		① 特定	② 地域	③ 公的	④ 臨床	⑤ 学識	⑥ 大学等	⑦ 社会	⑧ 国病	⑨ 団体	⑩ 市町村	⑪ 住民	⑫ 都道府県	⑬ その他	
北海道	医療対策協議会	20	16	4	43	3	1	3	2	6	1	7	10	9	1	①②③④⑤		
青森	地域医療対策協議会	6	3	3	20	1	2	1(8)	4(9)	1	2	1	3	3(4)	1	1(2)	①⑤	
岩手	地域医療対策協議会	4	2	2	16			1	1	2	3	2	3	1	3	①③④⑤		
宮城	地域医療推進委員会	2	1	1	19	1	1	3	2	4	1	1	4	1	1	①③⑤		
秋田	地域医療対策協議会(※1)	3	1	2	22	1	1	3	3	3	2	1	3	1	1	2	①③④⑤	
山形	医療対策協議会	5	3	2	36	1	5	1	14	2	1	1	1	2	2	5	①②③⑤	
福島	へき地医療支援総合調整会議(※2)	2	1	1	11			1		3		1	3		3	①⑤		
茨城	医師養成確保対策協議会	6	3	3	14		1	1	1	3		1	3		3	③⑤		
栃木	医療対策協議会	2	1	1	19				9	2	2		3	1	2	①③⑤		
群馬	保健医療対策協議会	6	3	3	25	1		3	1	3	1	1	4	2	4	①③⑤		
埼玉	医療対策協議会	25	15	10	16		1	3	1	4	1	1	2	1	2	①③④⑤		
千葉	医療審議会医療対策部会	2	1	1	14	1		2	1	3	1	3	2	1	1	①③④⑤		
東京	地域医療対策協議会	10	6	4	25	1	1	1	1	2	1	1	4	3	2	③⑤		
神奈川	医療対策協議会	8	4	4	18	1(5)	1	1(2)	1(3)	1	3(4)		1	2	2	③④⑤		
新潟	医師確保・へき地医療支援会議	7	3	4	17		2	3	1		4		5	1		①③⑤		
富山	医療対策協議会	5	3	2	25	1		6	1(7)	2(3)	1	1	8	2	2	④⑤		
石川	地域医療対策協議会	4	3	1	23			2		6	3	1	4	2	4	①③④⑤		
福井	医師確保対策協議会	2	0	2	12	1	2	2	2	3	1				1	①④⑤		
山梨	医療対策協議会	3	1	2	14			3		2		4	2	2	1	①③④⑤		
長野	地域医療対策協議会	3	1	2	15	1			2	2	2		3	2	2	①③⑤		
岐阜	地域医療対策協議会	6	4	2	35	1	1	5	3	4	2		5	6	8	③④⑤		
静岡	医療対策協議会	5	1	4	17		1	4	3	1	1	1	1	2	2	①③④⑤		
愛知	医療審議会医療対策部会	5	2	3	13			1		4		4	3	1		③④⑤		
三重	医療審議会地域医療対策部会	4	2	2	15			4		2	3		1	2	2	①③④⑤		
滋賀	地域医療対策協議会	4	1	3	24	1	1	4	3	5	2		2	2	2	①③④⑤		
京都	医療対策協議会	6	3	3	29	2	2	3	3	3		3	9	1	1	①②③④⑤		
大阪	医療対策協議会	10	4	6	39			6	1	2	16		8	1	1	①②⑤		
兵庫	地域医療対策部会	2	1	1	11	1		2		3		2	2	1		①③⑤		
奈良	地域医療等対策協議会	4	0	4	31			4	1	4	6		8	2	3	③④⑤		
和歌山	地域保健医療協議会医療対策特別委員会(※1)	3	2	1	10			2	2		1		4		1	①③④⑤		
鳥取	地域医療対策協議会	1	0	1	0	今後新たな委員を選定する。										③④⑤		
島根	地域医療支援会議	5	3	2	23	2	3	13(15)	0(8)	2	0(3)		0(1)	1	1(7)	1	①③⑤	
岡山	医療対策協議会	7	4	3	16			2	2	1	2		1	3	2	1	①④⑤	
広島	地域保健対策協議会	5	5	未定	50	4	1	6	3	9	9		1	10	2	4	③④⑤	
山口	医療対策協議会	6	3	3	21	1	1	5	1	3	2		1	3	1	3	③④⑤	
徳島	医療審議会医療対策部会(※2)	6	2	4	10	1	1	0(1)	0(2)	2	0(1)		1	3	2		①③④⑤	
香川	医療審議会医療対策部会	2	1	1	9	1		1					4	2	1		⑤	
愛媛	保健医療対策協議会	5	3	2	23	1	1	4	0(4)	1	1		1	6	2	4	③④⑤	
高知	医療対策協議会	3	1	2	12	1	1	3		1	1		1	2	1	1	①	
福岡	医療対策協議会(※1)	2	0	2	14	4		1	0(5)	2	0(4)		4	1	2	2	④⑤	
佐賀	医療審議会地域医療対策部会	5	3	2	16	1	1	1	1	1	1		2	5	1	2	④⑤	
長崎	保健医療対策協議会	2	1	1	20	1	1	2		4	1		1	4	2	1	①⑤	
熊本	医療対策協議会	7	2	5	25	1	2	6		2	2		1	1	2	2	①②③⑤	
大分	地域医療対策協議会	4	2	2	27	1	2	6	3	2	1		1	4	2	1	①③④⑤	
宮崎	地域医療対策協議会	2	1	1	11			2		2			2	1	3	1	④	
鹿児島	地域医療対策協議会	2	1	1	13			1		3		1	3		5		①③④⑤	
沖縄	地域医療対策協議会	4	2	2	17	1	1	1	3	2	4		1	1	2		④⑤	
													計	28	530	26	41	

(平成20年5月末日現在)


注1: 【次に掲げる者の管理者その他関係者】
 ①特定機能病院 ②地域医療支援病院 ③公的医療機関 ④臨床研修病院 ⑤診療に関する学識経験者の団体 ⑥大学その他の医療従事者の養成に係る機関 ⑦社会医療法人 ⑧独立行政法人国立病院機構 ⑨地域の医療関係団体 ⑩関係市町村 ⑪地域住民を代表する団体 ⑫都道府県 ⑬その他
 なお、参画者数の()書きは重複計上の場合の数である。

注2: 具体的な取組例…各都道府県が行っている様々な取組の中でも、特に医療対策協議会の協議に基づく次のような内容に係る実績(協議予定、協議中及び実施予定を含む)
 【凡例】①医師派遣(紹介) ②各大学における医師派遣(紹介)窓口の一元化等 ③ドクターバンクの創設・拡充
 ④大学医学部における地域を指定した入学者選抜(地域枠)の導入・拡充
 ⑤卒業後一定期間地元勤務を条件とする医学部生等に対する奨学金貸与制度の導入・拡充

(※1) 秋田県、和歌山県及び福岡県については、委員改選中であるため、前任期の情報となっている。
 (※2) 福島県及び徳島県においては、新しい地域医療対策協議会の設置に向け準備中であるため、旧会議の情報となっている。

12. 医療従事者と患者・家族等の協働に関する取組例

① 県立柏原病院の小児科を守る会（兵庫県）の例



県立柏原病院の小児科を守る会

3つのスローガン

1. コンビニ受診を控えよう
2. かかりつけ医を持とう
3. お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう

<http://mamorusyounika.com/>

② 「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達」の会（東京都）の例

『知ろう！小児医療 守ろう！子ども達』の会 目指すこと

- ・「全ての親が、子どもの病気に
ついての知識を持ち、納得できる
医療をうけられる社会」

子どもの命を守るために・・・


- ・「医師の労働環境の改善」

<http://plaza.rakuten.co.jp/iryo000/>

『知ろう！小児医療 守ろう！子ども達』の会

③ NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML（大阪府）の例

COMLの活動 (2008年3月末現在)



相談: 43217件

SP活動: 950回 (OSCE230回)

コミュニケーション講座: 49回
(出前11回)

病院探検隊: 61回

患者塾: 154回

講演: 2364回
研修や活動紹介: 22回

<http://www.coml.gr.jp/>

④ 岐阜県岡崎市の例

適正な受診及び利用へ向けての主な協議会事業

○子どもの急病！ガイドブックの発行

休日や夜間など、病院や診療所が休みの時に、急にお子さんの具合が悪くなったら

- ・ どうすればよいのか
- ・ 誰に相談したらよいか
- ・ 今すぐに救急医療機関へ行くべきか
- ・ 明日まで待つべきか

迷うことはないでしょうか。

このことを解決するひとつの方法として、平成17年3月に初版を発行し、平成18年3月に改訂版を発行しました。



<http://www.city.okazaki.aichi.jp/YAKUSHO/ka3400/ka501.htm>

13. 都道府県別医療法人数

平成20年3月31日現在

都道府県名	医療法人 (総数)						出資額 限度法人 (再掲)	基金拠出 型法人 (再掲)	特定医療法人 (再掲)			特別医療法人 (再掲)			厚生労働大臣所管法人 (再掲)			一人医師医療法人 (再掲)			備考		
	総数	財団	社 団			総数			財団	社 団	総数	財団	社 団	総数	財団	社 団	総数	財団	社 団	総数		設立認可件数	
			総数	持分有	持分無																	総数	医科
1北海道	2,399	5	2,394	2,308	86	24	7	29	0	29	8	0	8	5	0	5	5	0	1,830	1,337	493	*一人医師医療法人設立認可 件数の推移 昭和61年12月末 179件 昭和62年3月末 320件 昭和62年12月末 723件 昭和63年3月末 815件 昭和63年12月末 1,557件 平成元年3月末 2,417件 平成元年12月末 6,620件 平成2年3月末 7,218件 平成2年12月末 9,451件 平成3年3月末 9,881件 平成3年12月末 11,296件 平成4年3月末 11,597件 平成4年12月末 13,205件 平成5年3月末 13,822件 平成5年12月末 15,665件 平成6年3月末 15,935件 平成6年12月末 17,322件 平成7年3月末 17,828件 平成7年12月末 19,008件 平成8年3月末 19,545件 平成8年12月末 20,812件 平成9年3月末 21,324件 平成10年3月末 23,112件 平成11年3月末 24,770件 平成12年3月末 26,045件 平成13年3月末 27,504件 平成14年3月末 28,967件 平成15年3月末 30,331件 平成16年3月末 31,664件 平成17年3月末 33,057件 平成18年3月末 34,602件 平成19年3月末 36,973件 平成20年3月末 37,533件	
2青森	341	4	337	331	6	0	4	1	0	1	1	0	1	2	0	2	2	0	300	246	54		
3岩手	301	3	298	292	6	2	3	4	1	3	0	0	0	5	0	5	5	0	236	192	44		
4宮城	706	9	697	683	14	2	10	4	0	4	1	0	1	6	1	5	4	1	570	498	72		
5秋田	314	4	310	303	7	3	1	5	0	5	0	0	2	2	0	2	2	0	238	183	55		
6山形	425	2	423	419	4	5	2	2	0	2	0	0	0	2	0	2	2	0	375	313	62		
7福島	762	3	759	741	18	3	10	9	2	7	1	1	0	13	0	13	13	0	663	580	83		
8茨城	779	2	777	773	4	0	0	4	1	3	1	0	1	21	0	21	19	2	579	479	100		
9栃木	699	3	696	675	21	0	11	8	0	8	1	0	1	16	0	16	0	16	543	478	65		
10群馬	713	3	710	697	13	10	8	5	0	5	1	0	1	3	0	3	0	0	597	510	87		
11埼玉	2,037	16	2,021	1,974	47	7	34	12	1	11	1	0	1	57	0	57	57	0	1,701	1,305	396		
12千葉	1,550	10	1,540	1,508	32	3	18	8	0	8	1	0	1	59	1	58	57	1	1,287	961	326		
13東京都	4,680	115	4,565	4,310	255	12	42	18	7	11	4	1	3	246	10	236	230	6	4,067	2,917	1,150		
14神奈川県	2,555	41	2,514	2,438	76	5	51	23	7	16	1	0	1	58	3	55	54	1	2,167	1,617	550		
15新潟	884	8	876	858	18	7	9	9	2	7	1	0	1	7	0	7	7	0	795	654	141		
16富山	254	6	248	246	2	2	0	4	2	2	0	0	0	4	0	4	4	0	184	142	42		
17石川	408	5	403	398	5	5	0	3	2	1	1	1	0	6	0	6	6	0	346	269	77		
18福井	292	4	288	283	5	0	0	6	2	4	2	0	2	0	0	0	0	0	233	192	41		
19山梨	210	3	207	201	6	2	0	5	1	4	0	0	0	3	0	3	1	2	164	141	23		
20長野	682	8	674	668	6	2	0	7	5	2	3	2	1	6	0	6	5	1	584	481	103		
21岐阜	633	0	633	616	17	0	1	11	0	11	2	0	2	7	0	7	7	0	491	413	78		
22静岡県	1,201	2	1,199	1,180	19	4	0	1	0	1	0	0	0	15	0	15	14	1	1,081	954	127		
23愛知県	1,724	9	1,715	1,686	29	7	13	19	3	16	1	0	1	29	0	29	29	0	1,356	1,142	214		
24三重	601	1	600	585	15	2	4	6	0	6	4	0	4	12	0	12	12	0	499	426	73		
25滋賀	333	0	333	375	8	3	5	3	0	3	0	0	0	4	0	4	4	0	350	301	49		
26京都	829	24	805	792	13	3	5	9	1	8	1	1	0	10	0	10	9	1	663	560	103		
27大阪	3,367	33	3,334	3,297	37	0	13	24	3	21	8	0	8	47	0	47	46	1	3,074	2,525	549		
28兵庫県	1,780	20	1,760	1,734	26	1	6	20	3	17	3	0	3	16	1	15	15	0	1,567	1,317	250		
29奈良	384	9	375	370	5	0	2	4	2	2	0	0	0	10	2	8	7	1	294	266	28		
30和歌山	391	0	391	388	3	4	1	2	0	2	1	0	1	4	0	4	0	4	314	272	42		
31鳥取	318	6	312	306	6	0	3	4	3	1	3	2	1	4	0	4	4	0	252	196	56		
32島根	333	2	331	322	9	2	0	5	0	5	2	1	1	2	0	2	2	0	271	221	50		
33岡山	897	1	896	873	23	2	3	20	1	19	2	0	2	3	0	3	3	0	747	623	124		
34広島	1,292	2	1,290	1,267	23	8	6	12	1	11	1	0	1	4	0	4	4	0	1,110	967	143		
35山口	697	3	694	689	5	5	0	4	0	4	1	0	1	6	0	6	6	0	600	550	50		
36徳島	557	0	557	554	3	1	0	3	0	3	0	0	0	5	0	5	5	0	469	373	96		
37香川	457	6	451	448	3	0	0	3	1	2	0	0	0	4	0	4	3	1	382	318	64		
38愛媛	839	5	834	828	6	0	1	7	4	3	1	0	1	2	0	2	2	0	709	566	143		
39高知	374	1	373	366	7	2	0	4	0	4	0	0	0	2	0	2	2	0	258	210	48		
40福岡	2,376	8	2,368	2,329	39	10	19	19	1	18	5	0	5	31	1	30	29	1	1,897	1,651	246		
41佐賀	365	1	364	350	14	0	2	12	0	11	0	0	0	8	1	7	7	0	278	228	50		
42長崎	768	7	761	753	8	2	1	8	1	7	4	1	3	4	2	2	2	0	619	516	103		
43熊本	960	1	959	940	19	2	1	13	0	13	5	0	5	8	0	8	7	1	814	672	142		
44大分	605	6	599	587	12	7	0	9	4	5	3	0	3	1	0	1	1	0	381	334	47		
45宮崎	530	3	527	510	17	3	3	9	1	8	0	0	0	4	0	4	4	0	420	356	64		
46鹿児島	981	2	979	959	20	8	4	9	1	8	4	0	4	3	1	2	2	0	798	640	158		
47沖縄	445	0	445	428	17	4	3	6	0	6	1	0	1	5	0	5	3	2	380	315	65		
計	45,078	406	44,672	43,638	1,034	179	306	412	64	348	80	10	70	771	23	748	705	43	37,533	30,407	7,126		

14. 社会医療法人の認定状況

平成20年12月18日現在

番号	(フリガナ) 法人名	施設の名称	主たる事務 所の所在地	認定年月日
1	医療法人社団カレスサッポロ 医療法人社団カレスサッポロ	北光記念病院	北海道札幌市中央区 北1条東1-2-3	平成20年7月10日
2	医療法人誠光会 医療法人誠光会	草津総合病院	滋賀県草津市 上笠4丁目7番3号	平成20年9月1日
3	医療法人厚生会 医療法人厚生会	木沢記念病院	岐阜県美濃加茂市 古井町下古井590	平成20年10月1日
4	医療法人蘇西厚生会 医療法人蘇西厚生会	松波総合病院	岐阜県羽島郡笠松町 田代185番地の1	平成20年10月1日
5	特定・特別医療法人明和会医療福祉センター 特定・特別医療法人明和会医療福祉センター	渡辺病院	鳥取県鳥取市 東町3丁目307番地	平成20年10月1日
6	医療法人仁厚会 医療法人仁厚会	医療福祉センター 倉吉病院	鳥取県倉吉市 山根43番地	平成20年10月1日
7	医療法人財団大樹会 医療法人財団大樹会	総合病院回生病院	香川県坂出市 室町三丁目5番28号	平成20年10月1日
8	医療法人財団天心堂 医療法人財団天心堂	へつぎ病院	大分県大分市大字中戸次字 二本木5956	平成20年10月8日
9	医療法人財団董仙会 医療法人財団董仙会	恵寿総合病院	石川県七尾市 富岡町94番地	平成20年11月1日
10	医療法人大成会 医療法人大成会	福岡記念病院	福岡県福岡市早良区 西新1丁目1番35号	平成20年11月1日
11	特定・特別医療法人函館渡辺病院 特定・特別医療法人函館渡辺病院	函館渡辺病院	北海道函館市 湯川町1-31-1	平成20年11月1日
12	特別医療法人 福島厚生会 特別医療法人 福島厚生会	福島第一病院	福島県福島市北沢又字 成出16番地の2	平成20年11月1日
13	医療法人昌林会 医療法人昌林会	安来第一病院	鳥根県安来市安来町 899番地1	平成20年11月26日
14	特定・特別医療法人慈泉会 特定・特別医療法人慈泉会	相澤病院	長野県松本市 本庄2-5-1	平成20年12月1日
15	医療法人社団更生会 医療法人社団更生会	村上記念病院	愛媛県西条市大町 739番地	平成20年12月1日
16	博進会 博進会	南部病院	青森県三戸郡南部町 大字沖田面字千刈36番地2	平成20年12月1日
17	医療法人社団至誠会 医療法人社団至誠会	至誠会木村病院	福岡県福岡市博多区 千代2丁目13番19号	平成21年1月1日予定
18	医療法人石州会 医療法人石州会	六日市病院	鳥根県鹿足郡吉賀町 六日市368番地4	平成21年1月1日予定
19	医療法人社団清和会 医療法人社団清和会	西川病院	鳥根県浜田市港町 293-2	平成21年1月1日予定
20	医療法人 愛仁会 医療法人 愛仁会	千船病院 高槻病院	大阪府大阪市西淀川区 二丁目2番45号	平成21年1月1日予定
21	医療法人 協和会 医療法人 協和会	加納総合病院 北大阪病院	大阪府大阪市北区 天神橋七丁目5番26号	平成21年1月1日予定
22	医療法人 真美会 医療法人 真美会	中野こども病院	大阪府大阪市旭区 新森四丁目13番17号	平成21年1月1日予定
23	医療法人 生長会 医療法人 生長会	府中病院 ベルランド病院	大阪府和泉市肥子町 一丁目10番17号	平成21年1月1日予定
24	医療法人 栄公会 医療法人 栄公会	佐野記念病院	大阪府泉佐野市中町 三丁目4番5号	平成21年1月1日予定
25	医療法人 きっこう会 医療法人 きっこう会	総合病院多根病院	大阪府大阪市西区境川 一丁目2番31号	平成21年1月1日予定
26	医療法人 ベガサス 医療法人 ベガサス	馬場記念病院	大阪府堺市西区 浜寺船尾町東四丁244番地	平成21年1月1日予定

15. 社会医療法人に関する固定資産税等の非課税措置

社会医療法人が救急医療等確保事業の用に供する病院及び診療所に係る非課税措置の創設

地域の救急医療、へき地医療、産科・小児科医療などを守るため、都道府県の医療計画に基づき特に地域で必要な医療の提供を担う社会医療法人について、救急医療等確保事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療)を行う病院及び診療所に係る固定資産税等の非課税措置を創設する。

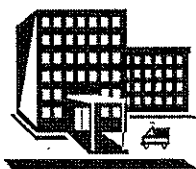
〔固定資産税、都市計画税、不動産取得税〕

社会医療法人

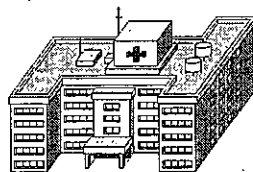
救急医療



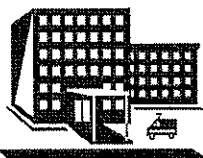
周産期医療



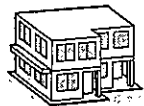
小児救急医療



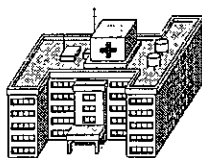
災害医療



へき地医療



その他の病院



その他の診療所



救急医療等確保事業を行う病院及び診療所

【平成21年度改正案:病院及び診療所全体を非課税】

救急医療等確保事業を行わない病院及び診療所

【従前どおりの取扱い:課税】

※ 救急医療等確保事業を行っている病院及び診療所については、有料駐車場等を除き、病院及び診療所全体を非課税。救急医療等確保事業を行っていない病院及び診療所は非課税措置の対象とならない。

16. 病院機能評価の状況

都道府県別病院機能評価認定状況一覧

平成20年11月30日

都道府県名	全病院数 a	申請病院数 b	審査終了数 c	認定数 d	申請率 (b/a)	認定率 (d/b)	認定率 (d/c)
北海道	595	147	136	129	24.71%	87.76%	94.85%
青森県	105	21	20	19	20.00%	90.48%	95.00%
岩手県	98	30	25	24	30.61%	80.00%	96.00%
宮城県	146	34	33	32	23.29%	94.12%	96.97%
秋田県	78	18	15	13	23.08%	72.22%	86.67%
山形県	70	25	23	22	35.71%	88.00%	95.65%
福島県	145	45	45	35	31.03%	77.78%	77.78%
茨城県	192	39	36	34	20.31%	87.18%	94.44%
栃木県	113	31	28	26	27.43%	83.87%	92.86%
群馬県	139	49	48	46	35.25%	93.88%	95.83%
埼玉県	357	113	110	103	31.65%	91.15%	93.64%
千葉県	286	68	66	57	23.78%	83.82%	86.36%
東京都	646	224	217	193	34.67%	86.16%	88.94%
神奈川県	349	120	112	104	34.38%	86.67%	92.86%
新潟県	137	53	48	43	38.69%	81.13%	89.58%
富山県	113	27	26	24	23.89%	88.89%	92.31%
石川県	103	40	39	38	38.83%	95.00%	97.44%
福井県	77	24	23	23	31.17%	95.83%	100.00%
山梨県	60	17	16	15	28.33%	88.24%	93.75%
長野県	137	50	49	48	36.50%	96.00%	97.96%
岐阜県	103	38	37	30	36.89%	78.95%	81.08%
静岡県	185	64	61	59	34.59%	92.19%	96.72%
愛知県	333	113	110	107	33.93%	94.69%	97.27%
三重県	108	40	38	37	37.04%	92.50%	97.37%
滋賀県	60	28	27	25	46.67%	89.29%	92.59%
京都府	177	65	57	52	36.72%	80.00%	91.23%
大阪府	541	180	173	164	33.27%	91.11%	94.80%
兵庫県	353	152	149	129	43.06%	84.87%	86.58%
奈良県	76	24	24	24	31.58%	100.00%	100.00%
和歌山県	92	20	19	18	21.74%	90.00%	94.74%
鳥取県	46	17	17	16	36.96%	94.12%	94.12%
島根県	57	22	21	20	38.60%	90.91%	95.24%
岡山県	179	71	65	61	39.66%	85.92%	93.85%
広島県	255	93	88	82	36.47%	88.17%	93.18%
山口県	148	47	45	41	31.76%	87.23%	91.11%
徳島県	119	39	35	34	32.77%	87.18%	97.14%
香川県	96	31	30	26	32.29%	83.87%	86.67%
愛媛県	146	44	40	39	30.14%	88.64%	97.50%
高知県	140	41	36	35	29.29%	85.37%	97.22%
福岡県	468	181	176	163	38.68%	90.06%	92.61%
佐賀県	110	37	37	32	33.64%	86.49%	86.49%
長崎県	165	47	45	42	28.48%	89.36%	93.33%
熊本県	217	79	71	69	36.41%	87.34%	97.18%
大分県	165	50	46	46	30.30%	92.00%	100.00%
宮崎県	145	38	35	32	26.21%	84.21%	91.43%
鹿児島県	274	91	88	86	33.21%	94.51%	97.73%
沖縄県	94	42	40	36	44.68%	85.71%	90.00%
合計	8,798	2,869	2,725	2,533	32.61%	88.29%	92.95%

※各都道府県の全病院数は、「医療施設動態調査(平成20年8月末概数)」より

※「認定率(d/b)」は対申請数、「認定率(d/c)」は対審査終了数とした。

※更新申請数は含めていない。

開設者別病院機能評価認定証発行病院数

開設主体		全国病院数	認定病院数	認定率
国	厚生労働省	22	8	36.4%
	独立行政法人国立病院機構	146	46	31.5%
	国立大学法人	48	39	81.3%
	独立行政法人労働者健康福祉機構	34	32	94.1%
	その他の国立	26	1	3.8%
公 的	都道府県	273	158	57.9%
	市町村	729	273	37.4%
	日赤	92	71	77.2%
	済生会	81	50	61.7%
	厚生連	118	57	48.3%
	その他の公的医療機関	8	2	25.0%
社 保	全社連	52	39	75.0%
	健康保険組合及びその連合会	14	6	42.9%
	共済組合及びその連合会	45	30	66.7%
	その他の社保関係団体	11	11	100.0%
公益法人		395	161	40.8%
医療法人		5,711	1,339	23.4%
学校法人		107	51	47.7%
会 社		69	38	55.1%
その他の法人		327	91	27.8%
個 人		490	30	6.1%
合 計		8,798	2,533	28.8%

※全国病院数は「医療施設動態調査結果(平成20年8月末概数)」より

※認定病院数は、平成20年11月30日現在

17. アスベスト使用実態調査

平成20年9月11日
厚生労働省医政局指導課

病院における吹付けアスベスト等使用実態調査報告について

I. 趣旨

「病院における吹付けアスベスト（石綿）対策の徹底及び使用実態調査の実施について」（平成20年5月1日付医政発第0501015号）等に基づき、調査対象病院について、都道府県等より報告のあったものについて集計したものを。

II. 調査対象建材

平成8年度以前に竣工（改修工事を含む。）した建築物に使用されている、吹付けアスベスト、吹付けロックウール、吹付けひる石、折板裏打ちアスベスト断熱材等

III. 報告の結果

1. 調査対象病院数7,564に対し、アスベストの使用状況の有無が判明したと報告のあった病院数は、6,328（調査対象病院数に対する割合83.7%）である。
また、分析調査中と報告のあった病院数は1,071（調査対象病院数に対する割合14.2%）である。
（注1）アスベスト使用状況の有無が判明した病院及び分析調査中の病院の合計は7,399であり、回答割合は97.8%。

2. アスベストの有無が判明した回答病院数のうち	6,328 (100.0%)
① 吹付けアスベスト等がある場所を有する病院	1,335 (21.1%)
② ①のうち、除去等の措置済み状態にある病院	660 (10.4%)
③ ①のうち、石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれのない場所を有する病院	566 (8.9%)
④ ①のうち、石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれのある場所を有する病院	109 (1.7%)

⑤ ④のうち、日常利用する場所を有する病院	33 (0.5%)
うち 措置予定	28
措置未定	5
⑥ ④のうち、日常利用する場所以外の場所を有する病院	76 (1.2%)
うち 措置予定	49
措置未定	27

（注2） 「除去等の措置済み」とは、除去、封じ込め、囲い込みのいずれかの措置をとった場所のみを有する病院数を計上。

「措置予定」とは、工事中及び具体的な工事日程が決まっている場所を有する病院数を計上。（工事日程が決まっているか否かに関わらず、該当場所の利用を停止し封鎖している場合は「措置予定」とする。）

「措置未定」とは、工事日程が決まっていない場所を有する病院数を計上。（工事日程は未定だが、立入禁止、防塵マスク着用等のばく露を回避する対策を実施している場合を含む。）

なお、1つの施設で「措置済み」「措置予定」「措置未定」の場所が混在する場合は「措置予定」に計上。

病院における吹付けアスベスト(石綿)等使用実態調査報告について

区 分	全病院数	調査対象 病院数	回答病院数	吹付けアスベスト (石綿)等がある 場所を有しない 病院数(①)	吹付けアスベスト (石綿)等がある 場所を有する病 院数 (②)	左記(②)のうち、 措置済状態にあ る場所を有する 病院数 (③)	左記(②)のうち、措置済状態ではないもの		分析調査中の 病院数
							損傷、劣化等によ るあすべつ等の粉じ んの飛散により、ば く露のおそれがない 場所を有する病 院数(④)	損傷、劣化等によ る石綿等の粉じん の飛散により、ばく 露のおそれがある 場所を有する病 院数(⑤)	
病 院	8,754	7,564 <100.0%>	6,328 (100.0%) <83.7%>	4,993 (78.9%) <66.0%>	1,335 (21.1%) <17.6%>	660 (10.4%) <8.7%>	566 (8.9%) <7.5%>	109 (1.7%) <1.4%>	1,071 <14.2%>

【注記事項】

- ※1. 「全病院数」とは、各都道府県が把握している病院並びに国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所及び国立病院機構の病院の合計をいい、国立大学法人の病院は含まない数をいう。
- ※2. 「調査対象病院数」とは、「全病院数」のうち平成8年度以前に竣工(改修工事を含む。)した病院数をいう。
- ※3. 「回答病院数」とは、「調査対象病院数」のうち調査報告のあった病院数をいう。(分析調査中と回答があったものを除く。) 未回答病院数は165である。
- ※4. ①欄には、吹付けアスベスト(石綿)等が使用されている場所を有していない病院数を記入。
- ※5. ②欄には、吹付けアスベスト(石綿)等が使用されている場所を有する病院数を記入。
- ※6. ③欄には、②に示すもののうち、吹付けアスベスト(石綿)等の「除去」、「封じ込め状態」又は「囲い込み状態」等の措置を行った状態(以下「措置済状態」という。)にある場所を有する病院数を記入。
- ※7. ④欄には、②に示すもののうち、「措置済状態」ではないが、吹付けアスベスト(石綿)等の損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがない場所を有する病院数を記入。
- ※8. ⑤欄には、②に示すもののうち、「措置済状態」ではなく、吹付けアスベスト(石綿)等の損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散により、ばく露のおそれがある場所を有する病院数を記入。(立入禁止等のばく露を回避する対策を実施している場合を含む。)
- ※9. ばく露のおそれがある病院としてあげられるものの中には、患者や職員が日常利用しない場所も含まれている。
- ※10. (%)は回答病院数に対する率、< %>は調査対象病院数に対する率を計上。

病院における吹付けアスベスト(石綿)等使用実態調査
【都道府県別】

都道府県別	全病院数	調査対象病院数	回答病院数	アスベスト(石綿)等がないもの(①)	アスベスト(石綿)等があるもの(②)	左記(②)のうち、措置済状態にあるもの(③)	左記(②)のうち、措置済状態ではないもの									分析調査中の病院数		
							病院数	病院数	病院数	病院数	⑤-0 病院数	⑤-1日常利用する場所			⑤-2その他の場所			
												病院数	措置予定	未定	病院数		措置予定	未定
北海道	591	502	438	355	83	41	37	5	2	2	0	3	1	2	64			
青森県	100	87	61	39	22	10	11	1	1	0	1	0	0	0	8			
岩手県	94	83	60	48	12	2	10	0	0	0	0	0	0	0	23			
宮城県	140	105	91	64	27	14	10	3	1	1	0	2	2	0	14			
秋田県	76	72	72	47	25	17	3	5	0	0	0	5	3	2	0			
山形県	67	49	39	29	10	5	4	1	0	0	0	1	0	1	10			
福島県	142	133	106	72	34	19	10	5	2	1	1	3	0	3	27			
茨城県	188	167	130	102	28	16	10	2	1	1	0	1	1	0	29			
栃木県	111	95	81	70	11	4	5	2	1	1	0	1	1	0	14			
群馬県	134	113	98	88	10	7	3	0	0	0	0	0	0	0	15			
埼玉県	357	307	257	199	58	36	17	5	4	3	1	1	0	1	48			
千葉県	272	234	199	162	37	16	18	3	1	1	0	2	2	0	35			
東京都	628	480	375	277	98	36	52	10	0	0	0	10	2	8	77			
神奈川県	340	283	219	178	41	17	17	7	1	1	0	6	4	2	64			
新潟県	132	100	80	67	13	6	7	0	0	0	0	0	0	0	20			
富山県	110	82	65	56	9	3	5	1	0	0	0	1	1	0	11			
石川県	98	84	66	39	27	10	14	3	1	1	0	2	1	1	18			
福井県	78	59	47	36	11	3	8	0	0	0	0	0	0	0	12			
山梨県	58	44	36	30	6	2	4	0	0	0	0	0	0	0	8			
長野県	131	115	85	57	28	13	10	5	0	0	0	5	5	0	30			
岐阜県	101	93	83	65	18	10	4	4	1	1	0	3	1	2	10			
静岡県	178	142	111	80	31	19	11	1	0	0	0	1	1	0	15			
愛知県	328	267	230	172	58	30	24	4	1	1	0	3	1	2	37			
三重県	104	91	80	63	17	5	8	4	1	1	0	3	3	0	11			
滋賀県	57	57	52	43	9	3	4	2	0	0	0	2	1	1	5			
京都府	170	148	114	76	38	12	26	0	0	0	0	0	0	0	34			
大阪府	537	486	408	318	90	41	43	6	1	0	1	5	4	1	66			
兵庫県	347	341	295	243	52	19	33	0	0	0	0	0	0	0	46			
奈良県	74	63	44	33	11	5	5	1	0	0	0	1	1	0	8			
和歌山県	90	76	67	57	10	8	2	0	0	0	0	0	0	0	9			
鳥取県	42	29	23	19	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	6			
島根県	55	43	42	36	6	1	3	2	1	0	1	1	0	1	1			
岡山県	173	164	133	106	27	20	4	3	0	0	0	3	3	0	17			
広島県	248	213	168	134	34	13	18	3	1	1	0	2	2	0	45			
山口県	145	132	123	106	17	5	12	0	0	0	0	0	0	0	9			
徳島県	117	100	85	72	13	5	8	0	0	0	0	0	0	0	15			
香川県	92	82	63	56	7	5	2	0	0	0	0	0	0	0	19			
愛媛県	143	137	118	98	20	9	9	2	1	1	0	1	1	0	19			
高知県	138	113	94	84	10	3	7	0	0	0	0	0	0	0	19			
福岡県	463	408	320	266	54	30	23	1	0	0	0	1	1	0	47			
佐賀県	105	82	71	58	13	6	6	1	0	0	0	1	1	0	9			
長崎県	161	161	149	124	25	12	12	1	0	0	0	1	1	0	12			
熊本県	213	194	180	155	25	17	6	2	1	1	0	1	1	0	14			
大分県	160	142	124	104	20	10	10	0	0	0	0	0	0	0	18			
宮崎県	141	113	97	84	13	5	7	1	0	0	0	1	1	0	16			
鹿児島県	269	252	218	200	18	6	12	0	0	0	0	0	0	0	34			
沖縄県	89	74	64	50	14	7	6	1	0	0	0	1	1	0	3			
小計	8587	7397	6161	4917	1244	585	562	97	23	18	5	74	47	27	1071			
国立高度専門医療センター	8	8	8	6	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
国立ハートセンター医療基盤	13	13	13	10	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
独立行政法人国立病院機構	146	146	146	60	86	71	3	12	10	10	0	2	2	0	0			
小計	167	167	167	76	91	75	4	12	10	10	0	2	2	0	0			
合計	8754	7564	6328	4993	1335	660	566	109	33	28	5	76	49	27	1071			

病院における吹付けアスベスト(石綿)等使用実態調査
【開設者別】

開設者別	全病院数	調査対象病院数	回答病院	アスベスト(石綿)等がないもの (①)	アスベスト(石綿)等があるもの (②)	左記②のうち、除去等措置済状態にあるもの (③)	左記②のうち、措置済状態ではないもの (④)								分析調査中の病院数	
							病院数	病院数	病院数	病院数	⑤-0 病院数	⑤-1 日常利用する場所		⑤-2 その他の場所		
												病院数	措置予定	未定		病院数
厚生労働省	22	22	22	16	6	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
法務省	6	5	4	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
宮内庁	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
防衛省	17	16	12	8	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
独立行政法人	195	189	181	88	93	74	7	12	10	10	0	2	2	0	7	
都道府県	259	221	160	106	54	23	25	6	1	1	0	5	2	3	60	
市町村	733	626	487	351	136	80	41	15	4	4	0	11	6	5	129	
日赤	93	84	71	54	17	7	9	1	1	1	0	0	0	0	13	
済生会	79	67	55	48	7	2	3	2	0	0	0	2	1	1	11	
厚生連	118	94	80	49	31	20	8	3	0	0	0	3	2	1	14	
北社協	6	3	3	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
全社連	48	39	32	22	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
厚生団	6	5	3	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
船員保険会	3	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
海員被済会	6	4	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
国共連	34	30	20	10	10	3	5	2	0	0	0	2	1	1	10	
地共連	10	8	5	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	
私学事業団	6	4	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
健保連	15	13	10	6	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0	3	
国保連	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
公益法人	397	341	276	206	70	39	24	7	2	1	1	5	4	1	52	
医療法人	5716	4929	4195	3479	716	308	359	49	12	9	3	37	24	13	629	
社福法人	193	158	128	95	33	16	13	4	2	2	0	2	2	0	26	
その他の法人	144	120	88	52	36	14	17	5	0	0	0	5	3	2	30	
生協組合	86	68	51	31	20	11	8	1	1	0	1	0	0	0	15	
会社	60	53	44	32	12	6	6	0	0	0	0	0	0	0	9	
個人	497	458	391	325	66	32	32	2	0	0	0	2	2	0	43	
合計	8754	7564	6328	4993	1335	660	566	109	33	28	5	76	49	27	1071	

18. 医師臨床研修について

1. 研修医マッチングの結果について

1 研修医マッチングの結果の概要

- 参加者のうち希望順位を登録した参加者8,167名のうち、7,858名について組み合わせが決まった。(マッチ率：96.2%)
- 組み合わせの決まらなかった参加者(アンマッチ者)309名については、臨床研修プログラム検索サイト(URL: <http://www.reisjp.org>)の空席情報等を利用して個別に研修先と交渉。

2 大学病院と臨床研修病院

- 大学病院と、臨床研修病院のマッチ者の比率は、49.1%対50.9%となり、前回に引き続き、臨床研修病院のマッチ者数が大学病院を上回った。

表 研修医マッチングの結果の概要

	平成20年度					平成19年度				
	臨床研修病院 注1)		大学病院 注2)		合計	臨床研修病院 注1)		大学病院 注2)		合計
参加病院数	980	89.8%	111	10.2%	1,091	981	90.0%	109	10.0%	1,090
参加プログラム数	1,100	74.7%	372	25.3%	1,472	1,101	81.1%	256	18.9%	1,357
参加者数	—	—	—	—	8,416	—	—	—	—	8,543
募集定員 ①	5,973	52.9%	5,319	47.1%	11,292	6,059	52.4%	5,504	47.6%	11,563
マッチ者数②	3,999	50.9%	3,859	49.1%	7,858	4,087	50.9%	3,943	49.1%	8,030
空席数 ①-②	1,974	57.5%	1,460	42.5%	3,434	1,972	55.8%	1,561	44.2%	3,533
1位希望者数	4,780	58.5%	3,387	41.5%	8,167	4,915	59.3%	3,376	40.7%	8,291

注1) 単独型又は管理型臨床研修病院が管理している研修プログラムについて集計したもの。
協力型臨床研修病院、協力型相当大学病院と病院群を構成している場合もある。

注2) 単独型又は管理型相当大学病院が管理している研修プログラムについて集計したもの。
協力型臨床研修病院、協力型相当大学病院と病院群を構成している場合もある。

2. 都道府県別研修医マッチ者数等
(参加病院の所在地による全国分布)

都道府県	平成15年度 採用実績①	平成19年度 マッチ者数②	平成20年度 マッチ者数③	増減③-②	増減③-①
北海道	288	325	294	△ 31	6
青森県	56	62	59	△ 3	3
岩手県	38	59	74	15	36
宮城県	88	121	122	1	34
秋田県	61	62	73	11	12
山形県	56	63	65	2	9
福島県	79	77	73	△ 4	△ 6
茨城県	85	120	111	△ 9	26
栃木県	119	132	110	△ 22	△ 9
群馬県	119	87	84	△ 3	△ 35
埼玉県	118	191	183	△ 8	65
千葉県	268	304	276	△ 28	8
東京都	1,707	1,371	1,385	14	△ 322
神奈川県	404	598	601	3	197
新潟県	89	73	94	21	5
富山県	59	50	40	△ 10	△ 19
石川県	95	88	74	△ 14	△ 21
福井県	48	59	49	△ 10	1
山梨県	54	52	48	△ 4	△ 6
長野県	104	107	111	4	7
岐阜県	116	100	93	△ 7	△ 23
静岡県	109	163	161	△ 2	52
愛知県	436	497	510	13	74
三重県	77	82	90	8	13
滋賀県	83	85	79	△ 6	△ 4
京都府	411	288	268	△ 20	△ 143
大阪府	689	644	604	△ 40	△ 85
兵庫県	310	333	305	△ 28	△ 5
奈良県	101	77	72	△ 5	△ 29
和歌山県	68	78	75	△ 3	7
鳥取県	51	30	29	△ 1	△ 22
島根県	30	40	47	7	17
岡山県	146	158	155	△ 3	9
広島県	181	144	139	△ 5	△ 42
山口県	93	63	69	6	△ 24
徳島県	68	55	57	2	△ 11
香川県	50	69	59	△ 10	9
愛媛県	65	71	65	△ 6	0
高知県	47	42	40	△ 2	△ 7
福岡県	546	454	460	6	△ 86
佐賀県	58	55	52	△ 3	△ 6
長崎県	105	71	73	2	△ 32
熊本県	115	104	107	3	△ 8
大分県	54	56	61	5	7
宮崎県	50	46	48	2	△ 2
鹿児島県	91	74	67	△ 7	△ 24
沖縄県	81	150	147	△ 3	66
	8,166	8,030	7,858	△ 172	△ 308

3. 臨床研修医在籍状況の推移

区分	平成15年度		平成16年度				平成17年度			
	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,243	27.5	3,193	41.2	3,262	44.2	3,784	47.3	3,824	50.8
大学病院	5,923	72.5	4,563	58.8	4,110	55.8	4,216	52.7	3,702	49.2
計	8,166	100.0	7,756	100.0	7,372	100.0	8,000	100.0	7,526	100.0

平成18年度				平成19年度			
マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率
4,184	51.7	4,266	55.3	4,148	51.2	4,137	54.7
3,916	48.3	3,451	44.7	3,946	48.8	3,423	45.3
8,100	100.0	7,717	100.0	8,094	100.0	7,560	100.0

平成20年度			
マッチ結果	比率	研修医数	比率
4,087	50.9	4,144	53.6
3,943	49.1	3,591	46.4
8,030	100.0	7,735	100.0

※ 研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べ

※※ マッチ結果については、マッチング未参加者(自治医科大学、防衛医科大学校卒業生等)を含まない

4. 都道府県別研修医在籍状況推移

都道府県	平成15年度 採用実績①	平成19年度 採用実績②	増減 ②-①	平成20年度 採用実績③	増減 ③-②	増減 ③-①
北海道	288	283	△5	313	30	25
青森県	56	52	△4	63	11	7
岩手県	38	56	18	66	10	28
宮城県	88	99	11	115	16	27
秋田県	61	67	6	63	△4	2
山形県	56	70	14	60	△10	4
福島県	79	84	5	76	△8	△3
茨城県	85	109	24	119	10	34
栃木県	119	122	3	126	4	7
群馬県	119	90	△29	80	△10	△39
埼玉県	118	216	98	214	△2	96
千葉県	268	268	0	283	15	15
東京都	1,707	1,317	△390	1,338	21	△369
神奈川県	404	552	148	584	32	180
新潟県	89	67	△22	70	3	△19
富山県	59	51	△8	54	3	△5
石川県	95	77	△18	86	9	△9
福井県	48	49	1	49	0	1
山梨県	54	46	△8	51	5	△3
長野県	104	112	8	106	△6	2
岐阜県	116	102	△14	95	△7	△21
静岡県	109	164	55	160	△4	51
愛知県	436	456	20	446	△10	10
三重県	77	73	△4	75	2	△2
滋賀県	83	83	0	85	2	2
京都府	411	282	△129	274	△8	△137
大阪府	689	583	△106	613	30	△76
兵庫県	310	285	△25	319	34	9
奈良県	101	71	△30	78	7	△23
和歌山県	68	64	△4	74	10	6
鳥取県	51	28	△23	30	2	△21
島根県	30	50	20	37	△13	7
岡山県	146	133	△13	150	17	4
広島県	181	135	△46	142	7	△39
山口県	93	67	△26	57	△10	△36
徳島県	68	36	△32	49	13	△19
香川県	50	58	8	64	6	14
愛媛県	65	72	7	68	△4	3
高知県	47	43	△4	38	△5	△9
福岡県	546	450	△96	434	△16	△112
佐賀県	58	48	△10	58	10	0
長崎県	105	85	△20	68	△17	△37
熊本県	115	108	△7	98	△10	△17
大分県	54	60	6	54	△6	0
宮崎県	50	36	△14	45	9	△5
鹿児島県	91	57	△34	68	11	△23
沖縄県	81	144	63	140	△4	59
計	8,166	7,560	△606	7,735	175	△431

※ 採用実績は厚生労働省医政局医事課調べ

5. 臨床研修制度のあり方等に関する検討会の開催

1. 検討会の趣旨

より質の高い医師を養成する観点から、臨床研修制度及び関連する諸制度等のあり方について、有識者による検討を行う。

2. スケジュール

第1回（9月8日）

第2回（10月16日）

○ ヒアリング

- ・ 今井 浩三（札幌医科大学長）
- ・ 富田 勝郎（金沢大学病院長）
- ・ 河野 茂（長崎大学医学部長）

第3回（11月18日）

○ ヒアリング

- ・ 下條 文武（新潟大学長）
- ・ 福田 康一郎（共用試験実施評価機構副理事長）
- ・ 平出 敦（京都大学医学教育推進センター教授）

第4回（12月17日）

○ ヒアリング

- ・ 小川 克弘（むつ総合病院長）
- ・ 木下 佳子（NTT東日本関東病院副看護部長）

第5回以降（調整中）

3. 構成員

飯沼 雅朗	蒲郡深志病院長 社団法人日本医師会常任理事
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
小川 彰	岩手医科大学学長
小川 秀興	学校法人順天堂理事長
嘉山 孝正	山形大学医学部長
齊藤 英彦	名古屋セントラル病院長
高久 史磨	自治医科大学学長
辻本 好子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
永井 雅巳	徳島県立中央病院長
西澤 寛俊	特別医療法人恵和会西岡病院理事長
能勢 隆之	鳥取大学学長
福井 次矢	聖路加国際病院長
武藤 徹一郎	財団法人癌研究会理事 名誉院長
矢崎 義雄	独立行政法人国立病院機構理事長
吉村 博邦	学校法人北里研究所理事 社団法人地域医療振興協会顧問

6. アンケート調査の実施状況

1. 回収状況(平成20年12月5日現在)

大 学 : 調査対象80施設中80施設が回答

臨床研修病院 : 調査対象80施設中80施設が回答

		医学生	初期研修医	卒後3-5年目の医師	指導医	プログラム責任者	医学部長	病院長	合計
(80施設分) 大 学	配布数	7,644	2,337	2,515	3,144	371	80	80	16,171
	回収数	5,254	1,330	1,138	2,080	341	77	74	10,294
	回収率	68.7%	56.9%	45.2%	66.2%	91.9%	96.3%	92.5%	63.7%
(80施設分) 臨床研修病院	配布数		668	391	1,068	125		77	2,329
	回収数		428	202	684	119		73	1,506
	回収率		64.1%	51.7%	64.0%	95.2%		94.8%	64.7%
(160施設分) 合 計	配布数	7,644	3,005	2,906	4,212	496	80	157	18,500
	回収数	5,254	1,758	1,340	2,764	460	77	147	11,800
	回収率	68.7%	58.5%	46.1%	65.6%	92.7%	96.3%	93.6%	63.8%

2. 集計状況（平成20年12月5日現在）

	医学生				初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長 (大学)		病院長					
	全体		大学病院選択		研修病院選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問3 卒業大学の種別																												
1 国立大学	2,853	54.3%	1,215	45.9%	1,638	62.9%	662	49.8%	277	64.7%	560	49.2%	136	67.3%	1,192	57.3%	515	75.3%	200	58.7%	94	79.0%	51	66.2%	54	73.0%	55	75.3%
2 公立大学	476	9.1%	164	6.2%	312	12.0%	96	7.2%	35	8.2%	81	7.1%	13	6.4%	147	7.1%	55	8.0%	35	10.3%	8	6.7%	10	13.0%	6	8.1%	8	11.0%
3 私立大学	1,885	35.9%	1,243	46.9%	642	24.6%	566	42.6%	110	25.7%	481	42.3%	51	25.2%	728	35.0%	109	15.9%	103	30.2%	16	13.4%	16	20.8%	13	17.6%	10	13.7%
無回答	40	0.8%	26	1.0%	14	0.5%	6	0.5%	6	1.4%	16	1.4%	2	1.0%	13	0.6%	5	0.7%	3	0.9%	1	0.8%	0	0.0%	1	1.4%	-	0.0%
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%	2,080	100.0%	684	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%
問8 初期研修を行う（行った）病院の種別																												
1 卒業した大学	1,737	33.1%	1,737	65.6%	0	0.0%	891	67.0%	7	1.6%	551	48.4%	32	15.8%														
2 卒業した以外の大学	911	17.3%	911	34.4%	0	0.0%	389	29.2%	5	1.2%	188	16.5%	16	7.9%														
3 臨床研修病院	2,606	49.6%	0	0.0%	2,606	100.0%	18	1.4%	407	95.1%	370	32.5%	151	74.8%														
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	32	2.4%	9	2.1%	29	2.5%	3	1.5%														
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%														
問9 初期研修を行う（行った）病院を選んだ理由																												
1 初期研修のプログラムが充実	2,767	52.7%	1,194	45.1%	1,573	60.4%	395	29.7%	207	48.4%	377	33.1%	90	44.6%														
2 初期研修の理念に賛同	860	16.4%	276	10.4%	584	22.4%	79	5.9%	71	16.6%	79	6.9%	25	12.4%														
3 初期研修終了後の研修が充実	935	17.8%	527	19.9%	408	15.7%	139	10.5%	42	9.8%	74	6.5%	13	6.4%														
4 大学院博士課程のプログラムが充実	223	4.2%	215	8.1%	8	0.3%	65	4.9%	1	0.2%	33	2.9%	3	1.5%														
5 他病院とのネットワーク・連携が豊富	716	13.6%	447	16.9%	269	10.3%	163	12.3%	21	4.9%	93	8.2%	10	5.0%														
6 初期研修後の進路やキャリアを考えると有利	1,339	25.5%	836	31.6%	503	19.3%	373	28.0%	81	18.8%	209	18.4%	28	13.9%														
7 初期研修後の進路やキャリアが比較的自由	836	15.9%	273	10.3%	563	21.6%	123	9.2%	114	26.6%	146	12.8%	42	20.8%														
8 様々な病院を経験したい	918	17.5%	252	9.5%	666	25.6%	129	9.7%	98	22.9%	152	13.4%	35	17.3%														
9 指導体制が充実	1,965	37.4%	867	32.7%	1,098	42.1%	316	23.8%	127	29.7%	257	22.6%	57	28.2%														
10 熱心な指導医が在職	1,404	26.7%	480	18.1%	924	35.5%	172	12.9%	110	25.7%	173	15.2%	53	26.2%														

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		

問9 初期研修を行う(行った)病院を選んだ理由

11	著名な医師や高い業績のある医師がいる	458	8.7%	233	8.8%	225	8.6%	102	7.7%	43	10.0%	66	5.8%	14	6.9%											
12	病院の施設・設備が充実	1,305	24.8%	597	22.5%	708	27.2%	241	18.1%	115	26.9%	220	19.3%	47	23.3%											
13	処遇・待遇(給与)が良い	905	17.2%	120	4.5%	785	30.1%	56	4.2%	114	26.6%	139	12.2%	33	16.3%											
14	多くの症例を経験できる	1,592	30.3%	482	18.2%	1,110	42.6%	208	15.6%	211	49.3%	393	34.5%	109	54.0%											
15	高度な技術や知識を習得できる	828	15.8%	487	18.4%	341	13.1%	215	16.2%	42	9.8%	138	12.1%	29	14.4%											
16	プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	1,526	29.0%	238	9.0%	1,288	49.4%	48	3.6%	185	43.2%	249	21.9%	72	35.6%											
17	様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	1,415	26.9%	557	21.0%	858	32.9%	283	21.3%	138	32.2%	301	26.4%	72	35.6%											
18	ホームページやパンフレットの情報が充実	67	1.3%	15	0.6%	52	2.0%	4	0.3%	8	1.9%	10	0.9%	3	1.5%											
19	伝統や実績がある	632	12.0%	311	11.7%	321	12.3%	106	8.0%	47	11.0%	87	7.6%	36	17.8%											
20	優れた研修医が集まっている	490	9.3%	87	3.3%	403	15.5%	19	1.4%	64	15.0%	52	4.6%	34	16.8%											
21	先輩等の評判が良い	1,035	19.7%	336	12.7%	699	26.8%	94	7.1%	113	26.4%	126	11.1%	29	14.4%											
22	実家に近い	1,440	27.4%	723	27.3%	717	27.5%	356	26.8%	132	30.8%	321	28.2%	55	27.2%											
23	学生時代の住居に近い	583	11.1%	439	16.6%	144	5.5%	205	15.4%	28	6.5%	140	12.3%	17	8.4%											
24	大都市圏である	704	13.4%	378	14.3%	326	12.5%	154	11.6%	42	9.8%	121	10.6%	22	10.9%											
25	交通の便がよい	726	13.8%	334	12.6%	392	15.0%	161	12.1%	45	10.5%	129	11.3%	18	8.9%											
26	雑用が少ない	192	3.7%	16	0.6%	176	6.8%	11	0.8%	38	8.9%	61	5.4%	10	5.0%											
27	出身大学だから	1,376	26.2%	1,369	51.7%	7	0.3%	755	56.8%	5	1.2%	472	41.5%	30	14.9%											
28	特になし	62	1.2%	39	1.5%	23	0.9%	32	2.4%	6	1.4%	24	2.1%	3	1.5%											
29	その他	118	2.2%	76	2.9%	42	1.6%	62	4.7%	16	3.7%	35	3.1%	7	3.5%											
	無回答	70	1.3%	52	2.0%	18	0.7%	22	1.7%	6	1.4%	10	0.9%	4	2.0%											
	回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%											

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長				
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
問10 全病院が同じ給与になった場合、病院の選択が変わるか																													
1 選択は変わらない	4,087	77.8%	2,225	84.0%	1,862	71.5%	1,094	82.3%	327	76.4%	894	78.6%	175	86.6%															
2 選択が変わる	1,151	21.9%	410	15.5%	741	28.4%	219	16.5%	96	22.4%	235	20.7%	25	12.4%															
無回答	16	0.3%	13	0.5%	3	0.1%	17	1.3%	5	1.2%	9	0.8%	2	1.0%															
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,608	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%															
問11 変わる場合、どのような地域の病院を選ぶか																													
1 大都市圏の病院	586	51.8%	243	59.3%	353	47.6%	114	52.1%	48	50.0%	124	52.8%	17	68.0%															
2 卒業した大学のある都道府県の病院	334	29.0%	95	23.2%	239	32.3%	60	27.4%	27	28.1%	67	28.5%	3	12.0%															
3 医師不足地域の病院	67	5.8%	22	5.4%	45	6.1%	17	7.8%	5	5.2%	11	4.7%	3	12.0%															
4 その他	138	12.0%	43	10.5%	95	12.8%	25	11.4%	15	15.6%	27	11.5%	2	8.0%															
無回答	16	1.4%	7	1.7%	9	1.2%	3	1.4%	1	1.0%	6	2.6%	0	0.0%															
回答人数	1,151	100.0%	410	100.0%	741	100.0%	219	100.0%	96	100.0%	235	100.0%	25	100.0%															
問12 変わる場合、どのような種類の病院を選ぶか																													
1 大学病院	451	39.2%	202	49.3%	249	33.6%	98	44.7%	24	25.0%	68	28.9%	3	12.0%															
2 臨床研修病院	635	55.2%	181	44.1%	454	61.3%	103	47.0%	70	72.9%	151	64.3%	20	80.0%															
3 その他	40	3.5%	15	3.7%	25	3.4%	15	6.8%	1	1.0%	9	3.8%	1	4.0%															
無回答	25	2.2%	12	2.9%	13	1.8%	3	1.4%	1	1.0%	7	3.0%	1	4.0%															
回答人数	1,151	100.0%	410	100.0%	741	100.0%	219	100.0%	96	100.0%	235	100.0%	25	100.0%															
問14 初期研修修了後の研修の場として希望する(行っている)病院等の種別																													
1 卒業した大学の大学病院	2,039	38.8%	1,302	49.2%	737	28.3%	691	52.0%	108	25.2%	682	59.9%	12	5.9%															
2 卒業した大学以外の大学病院	1,152	21.9%	714	27.0%	438	16.8%	275	20.7%	71	16.6%	280	24.6%	9	4.5%															
3 大学病院以外の病院	1,885	35.9%	535	20.2%	1,350	51.8%	311	23.4%	229	53.5%	151	13.3%	176	87.1%															
4 診療所等を開設	23	0.4%	13	0.5%	10	0.4%	2	0.2%	3	0.7%	2	0.2%	2	1.0%															
5 臨床医以外の進路	81	1.5%	45	1.7%	36	1.4%	17	1.3%	3	0.7%	1	0.1%	1	0.5%															
無回答	74	1.4%	39	1.5%	35	1.3%	34	2.6%	14	3.3%	22	1.9%	2	1.0%															
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,608	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%															

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長					
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院					
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
問15 将来従事したい診療科または基礎系の分野																														
1	内科	755	14.4%	390	14.7%	365	14.0%	187	14.1%	51	11.9%	48	4.2%	15	7.4%															
2	呼吸器内科	88	1.7%	36	1.4%	52	2.0%	27	2.0%	9	2.1%	43	3.8%	9	4.5%															
3	循環器内科	253	4.8%	116	4.4%	137	5.3%	54	4.1%	20	4.7%	38	3.3%	11	5.4%															
4	消化器内科(胃腸内科)	231	4.4%	122	4.6%	109	4.2%	78	5.9%	20	4.7%	58	5.1%	11	5.4%															
5	腎臓内科	69	1.3%	36	1.4%	33	1.3%	22	1.7%	5	1.2%	26	2.3%	5	2.5%															
6	神経内科	122	2.3%	61	2.3%	61	2.3%	25	1.9%	11	2.6%	38	3.3%	5	2.5%															
7	糖尿病内科(代謝内科)	105	2.0%	62	2.3%	43	1.7%	31	2.3%	9	2.1%	30	2.6%	1	0.5%															
8	血液内科	85	1.6%	35	1.3%	50	1.9%	20	1.5%	6	1.4%	23	2.0%	2	1.0%															
9	皮膚科	114	2.2%	84	3.2%	30	1.2%	39	2.9%	14	3.3%	66	5.8%	1	0.5%															
10	アレルギー科	8	0.2%	6	0.2%	2	0.1%	2	0.2%	2	0.5%	1	0.1%	0	0.0%															
11	リウマチ科	38	0.7%	27	1.0%	11	0.4%	16	1.2%	5	1.2%	11	1.0%	5	2.5%															
12	感染症内科	11	0.2%	4	0.2%	7	0.3%	6	0.5%	1	0.2%	1	0.1%	4	2.0%															
13	小児科	589	11.2%	295	11.1%	294	11.3%	80	6.0%	46	10.7%	48	4.2%	25	12.4%															
14	精神科	177	3.4%	107	4.0%	70	2.7%	79	5.9%	13	3.0%	72	6.3%	4	2.0%															
15	心療内科	19	0.4%	12	0.5%	7	0.3%	3	0.2%	2	0.5%	2	0.2%	0	0.0%															
16	外科	242	4.6%	92	3.5%	150	5.8%	49	3.7%	19	4.4%	22	1.9%	7	3.5%															
17	呼吸器外科	27	0.5%	17	0.6%	10	0.4%	9	0.7%	3	0.7%	15	1.3%	3	1.5%															
18	心臓血管外科	105	2.0%	43	1.6%	62	2.4%	19	1.4%	8	1.9%	20	1.8%	0	0.0%															
19	乳癌外科	27	0.5%	15	0.6%	12	0.5%	6	0.5%	2	0.5%	5	0.4%	2	1.0%															
20	気管食道外科	2	0.0%	1	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%															
21	消化器外科	188	3.6%	76	2.9%	112	4.3%	42	3.2%	13	3.0%	30	2.6%	7	3.5%															
22	泌尿器科	83	1.6%	38	1.4%	45	1.7%	22	1.7%	9	2.1%	48	4.2%	3	1.5%															
23	肛門外科	5	0.1%	3	0.1%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%															
24	脳神経外科	165	3.1%	83	3.1%	82	3.1%	22	1.7%	6	1.4%	39	3.4%	7	3.5%															
25	整形外科	264	5.0%	105	4.0%	159	6.1%	66	5.0%	35	8.2%	45	4.0%	10	5.0%															

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
問15 将来従事したい診療科または基礎系の分野																												
26 形成外科	54	1.0%	28	1.1%	26	1.0%	20	1.5%	2	0.5%	37	3.3%	2	1.0%														
27 美容外科	17	0.3%	11	0.4%	6	0.2%	3	0.2%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%														
28 眼科	108	2.1%	77	2.9%	31	1.2%	57	4.3%	5	1.2%	45	4.0%	2	1.0%														
29 耳鼻いんこう科	118	2.2%	79	3.0%	39	1.5%	42	3.2%	5	1.2%	52	4.6%	3	1.5%														
30 小児外科	77	1.5%	47	1.8%	30	1.2%	12	0.9%	5	1.2%	7	0.6%	1	0.5%														
31 産婦人科	213	4.1%	112	4.2%	101	3.9%	35	2.6%	10	2.3%	38	3.3%	11	5.4%														
32 産科	85	1.6%	43	1.6%	42	1.6%	13	1.0%	4	0.9%	13	1.1%	3	1.5%														
33 婦人科	38	0.7%	19	0.7%	19	0.7%	9	0.7%	2	0.5%	2	0.2%	2	1.0%														
34 リハビリテーション科	15	0.3%	8	0.3%	7	0.3%	4	0.3%	1	0.2%	11	1.0%	1	0.5%														
35 放射線科	117	2.2%	59	2.2%	58	2.2%	49	3.7%	13	3.0%	46	4.0%	2	1.0%														
36 麻酔科	172	3.3%	86	3.2%	86	3.3%	58	4.4%	20	4.7%	81	7.1%	13	6.4%														
37 病理診断科	26	0.5%	16	0.6%	10	0.4%	8	0.6%	2	0.5%	4	0.4%	1	0.5%														
38 臨床検査科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.2%	0	0.0%														
39 救急科	113	2.2%	37	1.4%	76	2.9%	15	1.1%	14	3.3%	23	2.0%	11	5.4%														
40 総合診療(科)	117	2.2%	44	1.7%	73	2.8%	33	2.5%	12	2.8%	10	0.9%	5	2.5%														
41 解剖学	3	0.1%	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%														
42 生理学	10	0.2%	6	0.2%	4	0.2%	4	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%														
43 生化学	3	0.1%	1	0.0%	2	0.1%	2	0.2%	1	0.2%	1	0.1%	1	0.5%														
44 薬理学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%														
45 病理学	29	0.6%	17	0.6%	12	0.5%	8	0.6%	2	0.5%	3	0.3%	1	0.5%														
46 法医学	8	0.2%	7	0.3%	1	0.0%	1	0.1%	2	0.5%	0	0.0%	0	0.0%														
47 微生物学	4	0.1%	4	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%														
48 寄生虫学	3	0.1%	2	0.1%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%														
49 衛生学・公衆衛生学	16	0.3%	6	0.2%	10	0.4%	4	0.3%	2	0.5%	2	0.2%	0	0.0%														
50 行政機関	16	0.3%	8	0.3%	8	0.3%	1	0.1%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%														
無回答	120	2.3%	62	2.3%	58	2.2%	48	3.6%	16	3.7%	31	2.7%	6	3.0%														
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%														

	医学生				初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長 (大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問16 その診療科または基礎系の分野を選択した理由

1 学問的に興味がある	4,077	77.6%	2,078	78.5%	1,999	76.7%	947	71.2%	314	73.4%	865	76.0%	157	77.7%														
2 やりがいがある	3,657	69.6%	1,722	65.0%	1,935	74.3%	824	62.0%	296	69.2%	762	67.0%	156	77.2%														
3 給与・処遇がよい	361	6.9%	198	7.5%	163	6.3%	114	8.6%	25	5.8%	99	8.7%	11	5.4%														
4 自由になる時間が多い	597	11.4%	309	11.7%	288	11.1%	255	19.2%	61	14.3%	234	20.6%	23	11.4%														
5 訴訟が少ない	294	5.6%	149	5.6%	145	5.6%	81	6.1%	22	5.1%	76	6.7%	2	1.0%														
6 優れた指導者がいる	839	16.0%	432	16.3%	407	15.6%	308	23.2%	70	16.4%	311	27.3%	50	24.8%														
7 親や親戚がその診療科または基礎系の分野	563	10.7%	344	13.0%	219	8.4%	146	11.0%	32	7.5%	109	9.6%	12	5.9%														
8 先輩や教授に誘われた	396	7.5%	216	8.2%	180	6.9%	229	17.2%	41	9.6%	188	16.5%	13	6.4%														
9 その他	122	2.3%	52	2.0%	70	2.7%	41	3.1%	13	3.0%	27	2.4%	3	1.5%														
無回答	89	1.7%	46	1.7%	43	1.7%	40	3.0%	9	2.1%	17	1.5%	4	2.0%														
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%														

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
問17 初期研修修了後の研修の場として、現在の病院に勤務を決めた理由																												
1	初期研修修了後の研修プログラムが優れている	1,945	37.0%	837	31.6%	1,108	42.5%	290	21.8%	147	34.3%	149	13.1%	43	21.3%													
2	出身大学である	1,698	32.3%	1,073	40.5%	625	24.0%	572	43.0%	82	19.2%	638	56.1%	7	3.5%													
3	優れた指導者がいる	2,062	39.2%	881	33.3%	1,181	45.3%	426	32.0%	202	47.2%	450	39.5%	90	44.6%													
4	初期研修を受けた病院である	1,014	19.3%	691	26.1%	323	12.4%	442	33.2%	91	21.3%	346	30.4%	93	46.0%													
5	給与・処遇がよい	845	16.1%	323	12.2%	522	20.0%	158	11.9%	90	21.0%	57	5.0%	28	13.9%													
6	病院の施設・設備が充実	1,655	31.5%	724	27.3%	931	35.7%	299	22.5%	139	32.5%	274	24.1%	61	30.2%													
7	専門医取得につながる	2,390	45.5%	1,117	42.2%	1,273	48.8%	545	41.0%	203	47.4%	553	48.6%	95	47.0%													
8	医学博士号が取れる	840	16.0%	488	18.4%	352	13.5%	187	14.1%	35	8.2%	214	18.8%	4	2.0%													
9	臨床研究が優れている	736	14.0%	364	13.7%	372	14.3%	121	9.1%	48	11.2%	112	9.8%	9	4.5%													
10	実家に近い	1,023	19.5%	593	22.4%	430	16.5%	306	23.0%	81	18.9%	274	24.1%	39	19.3%													
11	出身地である	1,180	22.5%	614	23.2%	566	21.7%	300	22.6%	84	19.6%	293	25.7%	36	17.8%													
12	配偶者の居住地・勤務地である	285	5.4%	142	5.4%	143	5.5%	109	8.2%	32	7.5%	79	6.9%	18	8.9%													
13	大都市である	690	13.1%	355	13.4%	335	12.9%	146	11.0%	55	12.9%	110	9.7%	17	8.4%													
14	子供の教育を考えた	315	6.0%	141	5.3%	174	6.7%	56	4.2%	19	4.4%	26	2.3%	3	1.5%													
15	へき地医療への情熱	123	2.3%	37	1.4%	86	3.3%	22	1.7%	17	4.0%	9	0.8%	10	5.0%													
16	先輩医師からの紹介	199	3.8%	99	3.7%	100	3.8%	81	6.1%	35	8.2%	90	7.9%	7	3.5%													
17	大学からの派遣	101	1.9%	68	2.6%	33	1.3%	60	4.5%	6	1.4%	57	5.0%	20	9.9%													
18	その他	74	1.4%	41	1.5%	33	1.3%	26	2.0%	15	3.5%	12	1.1%	10	5.0%													
	無回答	306	5.8%	137	5.2%	169	6.5%	53	4.0%	13	3.0%	15	1.3%	3	1.5%													
	回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%													

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問18 医師不足といわれている診療科を選択(変更)するか

1 条件が合えば選択したい	3,497	66.6%	1,708	64.5%	1,789	68.6%	740	55.6%	248	57.9%	449	39.5%	73	36.1%														
2 条件にかかわらず選択しない	1,016	19.3%	574	21.7%	442	17.0%	362	27.2%	84	19.6%	348	30.6%	55	27.2%														
3 現在医師不足の診療科に従事している	683	13.0%	334	12.6%	349	13.4%	212	15.9%	91	21.3%	323	28.4%	72	35.6%														
無回答	58	1.1%	32	1.2%	26	1.0%	16	1.2%	5	1.2%	18	1.6%	2	1.0%														
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%														

問19 医師不足の診療科に従事するのに必要な条件

1 給与・処遇がよい	2,227	63.7%	1,061	62.1%	1,166	65.2%	446	60.3%	153	61.7%	276	61.5%	49	67.1%														
2 自由になる時間が多い	1,396	39.9%	676	39.6%	720	40.2%	348	47.0%	125	50.4%	215	47.9%	34	46.6%														
3 訴訟が少ない	1,482	42.4%	722	42.3%	760	42.5%	282	38.1%	102	41.1%	179	39.9%	32	43.8%														
4 医学部在学中に奨学金が用意されている	176	5.0%	76	4.4%	100	5.6%	16	2.2%	6	2.4%	14	3.1%	2	2.7%														
5 十分な事前研修が受けられる	1,714	49.0%	843	49.4%	871	48.7%	317	42.8%	121	48.8%	212	47.2%	33	45.2%														
6 その他	255	7.3%	134	7.8%	121	6.8%	75	10.1%	19	7.7%	38	8.5%	11	15.1%														
無回答	196	5.6%	87	5.1%	109	6.1%	45	6.1%	14	5.6%	26	5.8%	4	5.5%														
回答人数	3,497	100.0%	1,708	100.0%	1,789	100.0%	740	100.0%	248	100.0%	449	100.0%	73	100.0%														

問21 現在勤務している病院等の種別

1 卒業した大学の大学病院															1,412	67.9%	0	0.0%	192	56.3%	0	0.0%	37	48.1%	29	39.2%	0	0.0%
2 卒業した大学以外の大学病院															588	28.3%	9	1.3%	135	39.6%	2	1.7%	36	46.8%	44	59.5%	1	1.4%
3 臨床研修病院															4	0.2%	653	95.5%	4	1.2%	113	95.0%	0	0.0%	0	0.0%	68	93.2%
無回答															76	3.7%	22	3.2%	10	2.9%	4	3.4%	4	5.2%	1	1.4%	4	5.5%
回答人数															2,080	100.0%	684	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問22 現在専門としている診療科または基礎系の分野

1	内科														45	2.2%	21	3.1%	14	4.1%	10	8.4%	2	2.6%	2	2.7%	7	9.6%
2	呼吸器内科														58	2.8%	20	2.9%	7	2.1%	4	3.4%	2	2.6%	1	1.4%	4	5.5%
3	循環器内科														86	4.1%	45	6.6%	21	6.2%	11	9.2%	0	0.0%	6	8.1%	5	6.8%
4	消化器内科(胃腸内科)														113	5.4%	42	6.1%	15	4.4%	7	5.9%	5	6.5%	4	5.4%	6	8.2%
5	腎臓内科														54	2.6%	17	2.5%	6	1.8%	3	2.5%	2	2.6%	0	0.0%	2	2.7%
6	神経内科														63	3.0%	23	3.4%	14	4.1%	4	3.4%	4	5.2%	1	1.4%	0	0.0%
7	糖尿病内科(代謝内科)														64	3.1%	22	3.2%	11	3.2%	3	2.5%	3	3.9%	5	6.8%	1	1.4%
8	血液内科														49	2.4%	18	2.6%	8	2.3%	3	2.5%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%
9	皮膚科														80	3.8%	17	2.5%	7	2.1%	2	1.7%	2	2.6%	3	4.1%	0	0.0%
10	アレルギー科														2	0.1%	1	0.1%	1	0.3%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
11	リウマチ科														28	1.3%	5	0.7%	3	0.9%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
12	感染症内科														9	0.4%	1	0.1%	3	0.9%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
13	小児科														87	4.2%	49	7.2%	21	6.2%	8	6.7%	6	7.8%	4	5.4%	2	2.7%
14	精神科														87	4.2%	19	2.8%	9	2.6%	2	1.7%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%
15	心療内科														4	0.2%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%
16	外科														42	2.0%	30	4.4%	5	1.5%	9	7.6%	2	2.6%	2	2.7%	7	9.6%
17	呼吸器外科														45	2.2%	13	1.9%	6	1.8%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%
18	心臓血管外科														58	2.8%	9	1.3%	9	2.6%	1	0.8%	0	0.0%	1	1.4%	5	6.8%
19	乳腺外科														21	1.0%	3	0.4%	3	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%
20	気管食道外科														0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
21	消化器外科														76	3.7%	28	4.1%	16	4.7%	4	3.4%	0	0.0%	6	8.1%	5	6.8%
22	泌尿器科														66	3.2%	24	3.5%	9	2.6%	1	0.8%	2	2.6%	4	5.4%	2	2.7%
23	肛門外科														1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
24	脳神経外科														71	3.4%	28	4.1%	15	4.4%	4	3.4%	5	6.5%	7	9.5%	8	11.0%
25	整形外科														78	3.8%	24	3.5%	15	4.4%	2	1.7%	1	1.3%	9	12.2%	3	4.1%

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
問22 現在専門としている診療科または基礎系の分野																												
26	形成外科														42	2.0%	8	1.2%	7	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%
27	美容外科														0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
28	眼科														67	3.2%	13	1.9%	6	1.8%	1	0.8%	1	1.3%	3	4.1%	1	1.4%
29	耳鼻いんこう科														71	3.4%	17	2.5%	6	1.8%	1	0.8%	1	1.3%	2	2.7%	0	0.0%
30	小児外科														32	1.5%	7	1.0%	4	1.2%	1	0.8%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%
31	産婦人科														77	3.7%	32	4.7%	17	5.0%	7	5.9%	1	1.3%	1	1.4%	2	2.7%
32	産科														13	0.6%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
33	婦人科														12	0.6%	2	0.3%	3	0.9%	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%
34	リハビリテーション科														24	1.2%	3	0.4%	2	0.6%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
35	放射線科														80	3.8%	20	2.9%	9	2.6%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
36	麻酔科														94	4.5%	40	5.8%	13	3.8%	7	5.9%	0	0.0%	6	8.1%	3	4.1%
37	病理診断科														42	2.0%	4	0.6%	1	0.3%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
38	臨床検査科														20	1.0%	4	0.6%	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
39	救急科														64	3.1%	28	4.1%	13	3.8%	5	4.2%	1	1.3%	1	1.4%	0	0.0%
40	総合診療(科)														41	2.0%	8	1.2%	26	7.6%	7	5.9%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%
41	解剖学														0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.9%	0	0.0%	0	0.0%
42	生理学														0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	6.5%	0	0.0%	0	0.0%
43	生化学														0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	10.4%	0	0.0%	0	0.0%
44	薬理学														1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.6%	0	0.0%	0	0.0%
45	病理学														4	0.2%	2	0.3%	1	0.3%	0	0.0%	4	5.2%	0	0.0%	0	0.0%
46	法医学														0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
47	微生物学														0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	6.5%	0	0.0%	0	0.0%
48	寄生虫学														1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%
49	衛生学・公衆衛生学														5	0.2%	0	0.0%	2	0.6%	0	0.0%	3	3.9%	0	0.0%	0	0.0%
50	行政機関														0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	無回答														103	5.0%	35	5.1%	11	3.2%	5	4.2%	3	3.9%	2	2.7%	6	8.2%
	回答人数														2,080	100.0%	684	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長 (大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院				大学病院		研修病院	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問23 研修制度導入による総合的診療能力の変化

1 高くなった												127	11.2%	33	16.3%	139	6.7%	142	20.8%	33	9.7%	38	31.9%	3	3.9%	5	6.8%	36	49.3%
2 どちらかといえば高くなった												300	26.4%	71	35.1%	410	19.7%	170	24.9%	74	21.7%	34	28.6%	10	13.0%	11	14.9%	13	17.8%
3 どちらかといえば低くなった												68	6.0%	5	2.5%	295	14.2%	53	7.7%	45	13.2%	6	5.0%	10	13.0%	15	20.3%	2	2.7%
4 低くなった												74	6.5%	8	4.0%	368	17.7%	47	6.9%	48	14.1%	8	6.7%	14	18.2%	6	8.1%	1	1.4%
5 どちらともいえない												312	27.4%	45	22.3%	648	31.2%	186	27.2%	115	33.7%	27	22.7%	28	36.4%	31	41.9%	14	19.2%
6 わからない												192	16.9%	32	15.8%	92	4.4%	50	7.3%	12	3.5%	2	1.7%	8	10.4%	2	2.7%	2	2.7%
無回答												65	5.7%	8	4.0%	128	6.2%	36	5.3%	14	4.1%	4	3.4%	4	5.2%	4	5.4%	5	6.8%
回答人数												1,138	100.0%	202	100.0%	2,080	100.0%	684	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

問24 現在の初期研修の期間について

1 現状が良い	1,629	31.0%	751	28.4%	878	33.7%	324	24.4%	140	32.7%	297	26.1%	64	31.7%	503	24.2%	277	40.5%	82	24.0%	55	46.2%	10	13.0%	10	13.5%	44	60.3%
2 一定の条件の下に短縮したほうが良い	1,015	19.3%	556	21.0%	459	17.6%	318	23.9%	73	17.1%	256	22.5%	44	21.8%	779	37.5%	183	26.8%	158	46.3%	27	22.7%	52	67.5%	52	70.3%	17	23.3%
3 一定の条件の下に延長したほうが良い	73	1.4%	28	1.1%	45	1.7%	23	1.7%	10	2.3%	26	2.3%	2	1.0%	51	2.5%	25	3.7%	5	1.5%	9	7.6%	0	0.0%	1	1.4%	4	5.5%
4 様々な研修期間から選択できるほうが良い	1,180	22.5%	630	23.8%	550	21.1%	412	31.0%	122	28.5%	347	30.5%	58	28.7%	425	20.4%	126	18.4%	52	15.2%	17	14.3%	8	10.4%	3	4.1%	4	5.5%
5 わからない	1,048	19.9%	525	19.8%	523	20.1%	172	12.9%	53	12.4%	146	12.8%	22	10.9%	122	5.9%	31	4.5%	6	1.8%	3	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
6 その他	144	2.7%	77	2.9%	67	2.6%	43	3.2%	11	2.6%	50	4.4%	11	5.4%	186	8.9%	40	5.8%	34	10.0%	6	5.0%	7	9.1%	7	9.5%	3	4.1%
無回答	165	3.1%	81	3.1%	84	3.2%	38	2.9%	19	4.4%	16	1.4%	1	0.5%	14	0.7%	2	0.3%	4	1.2%	2	1.7%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%	2,080	100.0%	684	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長 (大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問25 初期研修の必修科目について

1 現状が良い	1,814	34.5%	876	33.1%	938	36.0%	289	21.7%	107	25.0%	263	23.1%	54	26.7%	466	22.4%	193	28.2%	57	16.7%	31	26.1%	7	9.1%	9	12.2%	24	32.9%
2 必修科目を少なくしたほうが良い	958	18.2%	470	17.7%	488	18.7%	361	27.1%	108	25.2%	322	28.3%	64	31.7%	715	34.4%	246	36.0%	163	47.8%	48	40.3%	33	42.9%	36	48.6%	23	31.5%
3 必修科目を多くしたほうが良い	94	1.8%	44	1.7%	50	1.9%	24	1.8%	6	1.4%	22	1.9%	7	3.5%	41	2.0%	18	2.6%	4	1.2%	2	1.7%	2	2.6%	1	1.4%	4	5.5%
4 もっと自由に診療科を選択できるほうが良い	1,574	30.0%	832	31.4%	742	28.5%	499	37.5%	150	35.0%	396	34.8%	54	26.7%	618	29.7%	162	23.7%	90	26.4%	25	21.0%	31	40.3%	21	28.4%	18	24.7%
5 わからない	554	10.5%	299	11.3%	255	9.8%	72	5.4%	21	4.9%	65	5.7%	8	4.0%	65	3.1%	13	1.9%	2	0.6%	2	1.7%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%
6 その他	99	1.9%	48	1.8%	51	2.0%	48	3.6%	16	3.7%	54	4.7%	13	6.4%	163	7.8%	47	6.9%	23	6.7%	10	8.4%	3	3.9%	5	6.8%	4	5.5%
無回答	161	3.1%	79	3.0%	82	3.1%	37	2.8%	20	4.7%	16	1.4%	2	1.0%	12	0.6%	5	0.7%	2	0.6%	1	0.8%	1	1.3%	1	1.4%	0	0.0%
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%	2,080	100.0%	684	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

問26 医師の計画配置について

1 賛成	396	7.5%	214	8.1%	182	7.0%	50	3.8%	14	3.3%	33	2.9%	0	0.0%	84	4.0%	17	2.5%	13	3.8%	2	1.7%	3	3.9%	4	5.4%	3	4.1%
2 一定の時期・期間であれば賛成	1,303	24.8%	658	24.8%	645	24.8%	278	20.9%	110	25.7%	239	21.0%	48	23.8%	416	20.0%	149	21.8%	70	20.5%	29	24.4%	17	22.1%	18	24.3%	26	35.6%
3 インセンティブとの組み合わせなら賛成	693	13.2%	319	12.0%	374	14.4%	158	11.9%	68	15.9%	154	13.5%	35	17.3%	381	18.3%	136	19.9%	72	21.1%	24	20.2%	12	15.6%	11	14.9%	17	23.3%
4 反対	2,574	49.0%	1,304	49.2%	1,270	48.7%	781	58.7%	207	48.4%	664	58.3%	108	53.5%	1,109	53.3%	358	52.3%	176	51.6%	54	45.4%	36	46.8%	37	50.0%	22	30.1%
5 その他	104	2.0%	63	2.4%	41	1.6%	23	1.7%	8	1.9%	28	2.5%	9	4.5%	75	3.6%	20	2.9%	8	2.3%	8	6.7%	6	7.8%	3	4.1%	4	5.5%
無回答	184	3.5%	90	3.4%	94	3.6%	40	3.0%	21	4.9%	20	1.8%	2	1.0%	15	0.7%	4	0.6%	2	0.6%	2	1.7%	3	3.9%	1	1.4%	1	1.4%
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%	2,080	100.0%	684	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問27 インセンティブについて

1 処遇・待遇(給与)がよい	529	76.3%	245	76.8%	284	75.9%	129	81.6%	54	79.4%	135	87.7%	30	85.7%	308	80.8%	106	77.9%	60	83.3%	22	91.7%	10	83.3%	7	63.6%	11	64.7%		
2 他の地域や病院での研修の機会がある	396	57.1%	165	51.7%	231	61.8%	86	54.4%	42	61.8%	76	49.4%	20	57.1%	219	57.5%	78	57.4%	40	55.6%	16	66.7%	6	50.0%	9	81.8%	14	82.4%		
3 先端医療を修得する機会がある	314	45.3%	136	42.6%	178	47.6%	64	40.5%	30	44.1%	74	48.1%	12	34.3%	221	58.0%	75	55.1%	34	47.2%	9	37.5%	5	41.7%	7	63.6%	9	52.9%		
4 事前に地域医療に従事する研修期間がある	189	27.3%	80	25.1%	109	29.1%	25	15.8%	17	25.0%	24	15.6%	6	17.1%	81	16.0%	31	22.8%	16	22.2%	10	41.7%	5	41.7%	4	36.4%	7	41.2%		
5 地域医療に従事した後に留学できる	137	19.8%	56	17.6%	81	21.7%	28	17.7%	13	19.1%	21	13.6%	8	22.9%	102	26.8%	23	16.9%	17	23.6%	7	29.2%	4	33.3%	3	27.3%	6	35.3%		
6 サバティカル休暇がある	304	43.9%	134	42.0%	170	45.5%	90	57.0%	34	50.0%	74	48.1%	19	54.3%	145	38.1%	58	42.6%	26	36.1%	9	37.5%	4	33.3%	4	36.4%	6	35.3%		
7 専門医取得につながる	389	56.1%	171	53.6%	218	58.3%	76	48.1%	43	63.2%	88	57.1%	21	60.0%	207	54.3%	79	58.1%	38	52.8%	17	70.8%	9	75.0%	7	63.6%	14	82.4%		
8 医学部在学中に奨学金が用意されている	103	14.9%	49	15.4%	54	14.4%	18	11.4%	9	13.2%	27	17.5%	3	8.6%	88	23.1%	22	16.2%	18	25.0%	3	12.5%	7	58.3%	3	27.3%	8	47.1%		
9 子どもの教育環境が整備されている	346	49.9%	157	49.2%	189	50.5%	71	44.9%	35	51.5%	65	42.2%	17	48.6%	178	46.7%	60	44.1%	32	44.4%	13	54.2%	5	41.7%	2	18.2%	6	35.3%		
10 居住環境が整備されている	384	55.4%	184	57.7%	200	53.5%	88	55.7%	45	66.2%	97	63.0%	25	71.4%	225	59.1%	78	57.4%	45	62.5%	15	62.5%	5	41.7%	4	36.4%	8	47.1%		
11 単身赴任に対して補助がある	292	42.1%	140	43.9%	152	40.6%	65	41.1%	37	54.4%	67	43.5%	16	45.7%	166	43.6%	56	41.2%	26	36.1%	12	50.0%	3	25.0%	1	9.1%	2	11.8%		
12 その他	15	2.2%	8	2.5%	7	1.9%	1	0.6%	2	2.9%	6	3.9%	0	0.0%	13	3.4%	5	3.7%	4	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	6	0.9%	2	0.6%	4	1.1%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	3	0.8%	4	2.9%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
回答人数	693	100.0%	319	100.0%	374	100.0%	158	100.0%	68	100.0%	154	100.0%	35	100.0%	381	100.0%	136	100.0%	72	100.0%	24	100.0%	12	100.0%	11	100.0%	17	100.0%		

問28 医師不足地域に従事することについて

1 条件が合えば従事したい	3,729	71.0%	1,826	69.0%	1,903	73.0%	884	66.5%	279	65.2%	678	59.6%	119	58.9%	1,007	48.4%	285	41.7%	149	43.7%	51	42.9%						
2 条件にかかわらず希望しない	1,057	20.1%	605	22.8%	452	17.3%	292	22.0%	65	15.2%	301	26.4%	39	19.3%	711	34.2%	188	27.5%	127	37.2%	31	26.1%						
3 現在医師不足地域の医療に従事している	241	4.6%	109	4.1%	132	5.1%	99	7.4%	62	14.5%	133	11.7%	40	19.8%	294	14.1%	179	26.2%	56	16.4%	31	26.1%						
無回答	227	4.3%	108	4.1%	119	4.6%	55	4.1%	22	5.1%	26	2.3%	4	2.0%	68	3.3%	32	4.7%	9	2.6%	6	5.0%						
回答人数	5,254	100.0%	2,648	100.0%	2,606	100.0%	1,330	100.0%	428	100.0%	1,138	100.0%	202	100.0%	2,080	100.0%	684	100.0%	341	100.0%	119	100.0%						

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長								
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院								
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
問29 医師不足地域に従事するのに必要な条件																																	
1	子どもの教育環境が整備されている	2,099	56.3%	1,005	55.0%	1,094	57.5%	424	48.0%	144	51.6%	332	49.0%	61	51.3%	462	45.9%	110	38.6%	45	30.2%	13	25.5%										
2	居住環境が整備されている	2,157	57.8%	1,048	57.4%	1,109	58.3%	497	56.2%	171	61.3%	396	58.4%	79	66.4%	567	56.3%	168	58.9%	82	55.0%	28	54.9%										
3	処遇・待遇(給与)がよい	2,438	65.4%	1,183	64.8%	1,255	65.9%	591	66.9%	204	73.1%	512	75.5%	87	73.1%	797	79.1%	227	79.6%	109	73.2%	30	58.8%										
4	単身赴任に対して補助がある	1,011	27.1%	493	27.0%	518	27.2%	224	25.3%	85	30.5%	169	24.9%	30	25.2%	279	27.7%	82	28.8%	45	30.2%	16	31.4%										
5	配偶者の同意がある	1,772	47.5%	799	43.8%	973	51.1%	382	43.2%	135	48.4%	333	49.1%	59	49.6%	511	50.7%	153	53.7%	85	57.0%	30	58.8%										
6	出身地である	704	18.9%	353	19.3%	351	18.4%	151	17.1%	38	13.6%	101	14.9%	18	15.1%	104	10.3%	19	6.7%	16	10.7%	6	11.8%										
7	現在の生活圏から近い	731	19.6%	369	20.2%	362	19.0%	183	20.7%	59	21.1%	136	20.1%	21	17.6%	237	23.5%	70	24.6%	34	22.8%	14	27.5%										
8	事前に地域医療に従事する研修期間がある	788	21.1%	393	21.5%	395	20.8%	148	16.7%	49	17.6%	105	15.5%	17	14.3%	117	11.6%	42	14.7%	27	18.1%	8	15.7%										
9	先端医療を修得する機会がある	1,038	27.8%	487	26.7%	551	29.0%	219	24.8%	81	29.0%	187	27.6%	43	36.1%	236	23.4%	51	17.9%	27	18.1%	7	13.7%										
10	他病院とのネットワーク・連携がある	1,629	43.7%	796	43.6%	833	43.8%	401	45.4%	120	43.0%	321	47.3%	56	47.1%	504	50.0%	155	54.4%	78	52.3%	29	56.9%										
11	自分と交代できる医師がいる	2,092	56.1%	995	54.5%	1,097	57.6%	533	60.3%	170	60.9%	425	62.7%	83	69.7%	654	64.9%	199	69.8%	92	61.7%	37	72.5%										
12	病院の施設・整備が整っている	1,152	30.9%	554	30.3%	598	31.4%	306	34.6%	112	40.1%	247	36.4%	53	44.5%	429	42.6%	112	39.3%	58	38.9%	18	35.3%										
13	地域医療に従事した後に留学できる	339	9.1%	135	7.4%	204	10.7%	51	5.8%	17	6.1%	36	5.3%	9	7.6%	55	5.5%	4	1.4%	6	4.0%	0	0.0%										
14	サバティカル休暇がある	926	24.8%	419	22.9%	507	26.6%	258	29.2%	86	30.8%	198	29.2%	36	30.3%	288	28.6%	99	34.7%	47	31.5%	14	27.5%										
15	地域の中核病院である	453	12.1%	180	9.9%	273	14.3%	76	8.6%	36	12.9%	106	15.6%	17	14.3%	187	18.6%	48	16.8%	27	18.1%	5	9.8%										
16	入院のない小規模の診療所である	108	2.9%	57	3.1%	51	2.7%	52	5.9%	9	3.2%	25	3.7%	5	4.2%	49	4.9%	18	6.3%	15	10.1%	5	9.8%										
17	一定の期間に限定されている	1,283	34.4%	616	33.7%	667	35.0%	353	39.9%	119	42.7%	304	44.8%	55	46.2%	429	42.6%	123	43.2%	70	47.0%	26	51.0%										
18	初期研修中である	70	1.9%	32	1.8%	38	2.0%	27	3.1%	10	3.6%	10	1.5%	0	0.0%	3	0.3%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%										
19	初期研修終了後の研修中である	127	3.4%	54	3.0%	73	3.8%	43	4.9%	9	3.2%	25	3.7%	7	5.9%	11	1.1%	2	0.7%	1	0.7%	3	5.9%										
20	専門医取得後である	810	21.7%	405	22.2%	405	21.3%	133	15.0%	49	17.6%	155	22.9%	22	18.5%	81	8.0%	23	8.1%	14	9.4%	0	0.0%										
21	定年退職後である	281	7.5%	126	6.9%	155	8.1%	45	5.1%	17	6.1%	25	3.7%	2	1.7%	131	13.0%	69	24.2%	42	28.2%	20	39.2%										
22	医学部在学中に奨学金が用意されている	136	3.6%	64	3.5%	72	3.8%	13	1.5%	11	3.9%	15	2.2%	3	2.5%	15	1.5%	2	0.7%	1	0.7%	0	0.0%										
23	その他	49	1.3%	23	1.3%	26	1.4%	20	2.3%	4	1.4%	3	0.4%	3	2.5%	30	3.0%	6	2.1%	5	3.4%	0	0.0%										
	無回答	96	2.6%	51	2.8%	45	2.4%	17	1.9%	4	1.4%	12	1.8%	2	1.7%	26	2.6%	6	2.1%	2	1.3%	2	3.9%										
	回答人数	3,729	100.0%	1,826	100.0%	1,903	100.0%	884	100.0%	279	100.0%	678	100.0%	119	100.0%	1,007	100.0%	285	100.0%	149	100.0%	51	100.0%										

7. 大学病院の研修プログラムの弾力化(特別コース)について

○40大学において124プログラム、募集定員398名の特別コースが設定されている。

○マッチングの結果、特別コースのマッチ者は212名、募集定員の53.3%

大学	総定員	総マッチ数	プログラム名称	重点	募集定員	マッチ数
北海道大学病院	78	54	(特別コース)北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(内科重点)	内科	4	0
			(特別コース)北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(外科重点)	外科	4	4
			(特別コース)北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(小児科重点)	小児科	4	1
			(特別コース)北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(産婦人科重点)	産婦人科	4	0
			(特別コース)北海道大学病院卒後臨床研修プログラム(救急重点)	救急	4	1
旭川医科大学病院	40	26	(特別コース)旭川医科大学病院内科研修プログラム	内科	3	3
			(特別コース)旭川医科大学病院小児科研修プログラム	小児科	2	2
			(特別コース)旭川医科大学病院外科研修プログラム	外科	2	2
			(特別コース)旭川医科大学病院眼科研修プログラム	眼科	3	3
			(特別コース)旭川医科大学病院救急・麻酔科蘇生科研修プログラム	救急、麻酔、蘇生科	3	3
札幌医科大学 附属病院	70	44	(特別コース)札幌医科大学附属病院外科プログラム	外科	3	2
			(特別コース)札幌医科大学附属病院小児科プログラム	小児科	2	0
			(特別コース)札幌医科大学附属病院産婦人科プログラム	産婦人科	3	3
弘前大学医学部 附属病院	40	15	(特別コース)弘前大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラムE「内科」	内科	3	0
			(特別コース)弘前大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラムF「外科」	外科	3	0
			(特別コース)弘前大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラムG「救急」	救急	2	0
			(特別コース)弘前大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラムH「小児科」	小児科	2	0
岩手医科大学 附属病院	35	13	(特別コース)岩手医科大学附属病院卒後臨床研修プログラム内科研修	内科	5	1
			(特別コース)岩手医科大学附属病院卒後臨床研修プログラム外科研修	外科	2	2
			(特別コース)岩手医科大学附属病院卒後臨床研修プログラム救急・麻酔科研修	救急、麻酔	2	1
			(特別コース)岩手医科大学附属病院卒後臨床研修プログラム産婦人科・小児科・周産期研修	周産期	4	3

大学	総定員	総マッチ数	プログラム名称	重点	募集定員	マッチ数
秋田大学医学部 附属病院	40	16	(特別コース)秋田大学医学部附属病院卒後臨床研修救急部門重点プログラム	救急、麻酔	2	0
			(特別コース)秋田大学医学部附属病院卒後臨床研修小児科重点プログラム	小児科	2	0
			(特別コース)秋田大学医学部附属病院卒後臨床研修産婦人科重点プログラム	産婦人科	2	2
福島県立医科大学 附属病院	44	17	(特別コース)福島県立医科大学附属病院研修プログラム内科コース	内科	6	3
			(特別コース)福島県立医科大学附属病院研修プログラム外科コース	外科	4	3
			(特別コース)福島県立医科大学附属病院研修プログラム小児科・産婦人科・周産期コース	周産期	5	0
群馬大学医学部 附属病院	59	29	(特別コース)群馬大学医学部附属病院内科重点研修プログラム	内科	2	0
			(特別コース)群馬大学医学部附属病院外科重点研修プログラム	外科	2	2
			(特別コース)群馬大学医学部附属病院救急重点研修プログラム	救急	2	0
			(特別コース)群馬大学医学部附属病院小児科重点研修プログラム	小児科	2	0
			(特別コース)群馬大学医学部附属病院産婦人科重点研修プログラム	産婦人科	2	0
埼玉医科大学 病院	50	24	(特別コース)埼玉医科大学病院産婦人科重点研修プログラム	産婦人科	3	3
			(特別コース)埼玉医科大学病院小児科重点研修プログラム	小児科	5	1
千葉大学医学部 附属病院	95	51	(特別コース)千葉大学医学部附属病院内科研修プログラム	内科	8	4
			(特別コース)千葉大学医学部附属病院外科研修プログラムⅠ	外科	2	2
			(特別コース)千葉大学医学部附属病院外科研修プログラムⅡ	外科	2	2
			(特別コース)千葉大学医学部附属病院小児科研修プログラム	小児科	2	2
			(特別コース)千葉大学医学部附属病院産婦人科研修プログラム	産婦人科	2	1
			(特別コース)千葉大学医学部附属病院救急科研修プログラム	救急	2	0
杏林大学医学部 附属病院	65	61	(特別コース)杏林大学医学部附属病院内科重点研修Cプログラム	内科	4	4
			(特別コース)杏林大学医学部附属病院外科重点研修Dプログラム	外科	3	3
			(特別コース)杏林大学医学部附属病院小児科重点研修Eプログラム	小児科	2	2
			(特別コース)杏林大学医学部附属病院産婦人科重点研修Fプログラム	産婦人科	2	1
昭和大学病院	38	20	(特別コース)昭和大学病院小児科重点コース	小児科	2	1
			(特別コース)昭和大学病院産婦人科重点コース	産婦人科	2	0

大学	総定員	総マッチ数	プログラム名称	重点	募集定員	マッチ数
帝京大学医学部附属病院	60	31	(特別コース)帝京大学医学部附属病院初期臨床研修プログラム(産婦人科重点コース)	産婦人科	3	0
			(特別コース)帝京大学医学部附属病院初期臨床研修プログラム(小児科重点コース)	小児科	2	1
			(特別コース)帝京大学医学部附属病院初期臨床研修プログラム(総合ER・救命救急コース)	救急	3	3
東京医科大学病院	50	45	(特別コース)東京医科大学病院(内科)卒後臨床研修プログラム	内科	2	1
			(特別コース)東京医科大学病院(外科)卒後臨床研修プログラム	外科	2	0
			(特別コース)東京医科大学病院(小児科)卒後臨床研修プログラム	小児科	2	2
			(特別コース)東京医科大学病院(産婦人科)卒後臨床研修プログラム	産婦人科	2	0
東京大学医学部附属病院	130	130	(特別コース)東京大学医学部附属病院卒後臨床研修外科プログラム	外科	8	8
			(特別コース)東京大学医学部附属病院卒後臨床研修内科プログラム	内科	6	6
			(特別コース)東京大学医学部附属病院卒後臨床研修小児科プログラム	小児科	3	3
			(特別コース)東京大学医学部附属病院卒後臨床研修産婦人科プログラム	産婦人科	3	3
東邦大学医療センター大森病院	38	34	(特別コース)東邦大学内科研修プログラム1	内科	2	2
			(特別コース)東邦大学外科研修プログラム2	外科	2	1
			(特別コース)東邦大学救急研修プログラム3	救急	2	1
			(特別コース)東邦大学小児科研修プログラム4	小児科	2	2
			(特別コース)東邦大学産婦人科研修プログラム5	産婦人科	2	0
東海大学医学部附属病院	69	51	(特別コース)東海大学臨床研修病院群産婦人科コース研修プログラム	産婦人科	2	2
山梨大学医学部附属病院	60	39	(特別コース)山梨大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラム産婦人科重点研修コース	産婦人科	2	1
			(特別コース)山梨大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラム小児科重点研修コース	小児科	2	2
信州大学医学部附属病院	90	44	(特別コース)信州大学内科重点研修プログラム	内科	3	3
			(特別コース)信州大学外科重点研修プログラム	外科	3	3
			(特別コース)信州大学小児科重点研修プログラム	小児科	3	2
			(特別コース)信州大学産婦人科重点研修プログラム	産婦人科	3	2
			(特別コース)信州大学救急重点研修プログラム	救急	3	0
富山大学附属病院	46	19	(特別コース)富山大学附属病院卒後臨床小児科研修プログラム	小児科	3	0
			(特別コース)富山大学附属病院卒後臨床産婦人科研修プログラム	産婦人科	3	1

大学	総定員	総マッチ数	プログラム名称	重点	募集定員	マッチ数
金沢医科大学 病院	48	21	(特別コース)金沢医科大学病院初期臨床研修プログラム(産婦人科)	産婦人科	2	0
			(特別コース)金沢医科大学病院初期臨床研修プログラム(小児科)	小児科	2	1
			(特別コース)金沢医科大学病院初期臨床研修プログラム(外科)	外科	4	0
金沢大学附属 病院	45	39	(特別コース)金沢大学附属病院初期臨床研修プログラムⅢ外科重点研修プログラム	外科	2	2
			(特別コース)金沢大学附属病院初期臨床研修プログラムⅣ小児科重点研修プログラム	小児科	2	1
			(特別コース)金沢大学附属病院初期臨床研修プログラムⅣ救急・麻酔科重点研修プログラム	救急、麻酔	2	2
岐阜大学医学 部附属病院	37	18	(特別コース)岐阜大学病院外科研修プログラム	外科	3	2
浜松医科大学 医学部附属病 院	80	39	(特別コース)浜松医科大学医学部附属病院臨床研修プログラム1(内科)	内科	10	4
			(特別コース)浜松医科大学医学部附属病院臨床研修プログラム2(外科)	外科	10	9
愛知医科大学 病院	40	36	(特別コース)愛知医科大学病院救急部門研修プログラム	救急、麻酔	2	0
			(特別コース)愛知医科大学病院小児科研修プログラム	小児科	2	2
			(特別コース)愛知医科大学病院産婦人科研修プログラム	産婦人科	2	1
三重大学医学 部附属病院	26	14	(特別コース)小児科研修プログラム	小児科	2	1
			(特別コース)産婦人科研修プログラム	産婦人科	2	0
神戸大学医学 部附属病院	72	63	(特別コース)神戸大学病院群初期研修プログラム小児科重点コース	小児科	2	2
京都大学医学 部附属病院	105	88	(特別コース)京都大学医学部附属病院産婦人科重点プログラム	産婦人科	3	3
			(特別コース)京都大学医学部附属病院群小児科重点プログラム	小児科	3	3
岡山大学病院	32	12	(特別コース)岡山大学外科科修練プログラム	外科	4	2
川崎医科大学 附属病院	68	46	(特別コース)川崎医科大学附属病院内科研修プログラム	内科	14	4
			(特別コース)川崎医科大学附属病院外科研修プログラム	外科	6	1
			(特別コース)川崎医科大学附属病院小児科研修プログラム	小児科	2	2
			(特別コース)川崎医科大学附属病院産婦人科研修プログラム	産婦人科	2	2
広島大学病院	60	36	(特別コース)広島大学病院卒後臨床研修プログラムD	周産期	4	3
徳島大学病院	40	36	(特別コース)徳島大学卒後臨床研修プログラム(パターン4・内科研修プログラム)	内科	2	2
			(特別コース)徳島大学卒後臨床研修プログラム(パターン5・救急研修プログラム)	救急	3	3
			(特別コース)徳島大学卒後臨床研修プログラム(パターン6・産婦人科研修プログラム)	産婦人科	2	2

大学	総定員	総マッチ数	プログラム名称	重点	募集定員	マッチ数
高知大学医学部 附属病院	37	20	(特別コース)高知大学内科研修プログラム	内科	3	3
			(特別コース)高知大学外科研修プログラム	外科	2	2
			(特別コース)高知大学小児科研修プログラム	小児科	2	1
			(特別コース)高知大学産婦人科研修プログラム	産婦人科	2	1
九州大学病院	98	85	(特別コース)九州大学病院内科系重点研修プログラム	内科	9	9
			(特別コース)九州大学病院外科系重点研修プログラム	外科	7	7
			(特別コース)九州大学病院周産期・小児・産科系重点研修プログラム	周産期	3	3
産業医科大学 病院	30	9	(特別コース)産業医科大学病院内科研修プログラム	内科	5	0
			(特別コース)産業医科大学病院外科研修プログラム	外科	2	0
			(特別コース)産業医科大学病院産婦人科研修プログラム	産婦人科	2	0
			(特別コース)産業医科大学病院小児科研修プログラム	小児科	2	0
			(特別コース)産業医科大学病院救急研修プログラム	救急	2	0
佐賀大学医学部 附属病院	56	44	(特別コース)佐賀大学内科特別プログラム	内科	2	2
			(特別コース)佐賀大学外科特別プログラム	外科	2	2
長崎大学医学部・ 歯学部附属病院	80	40	(特別コース)長崎大学病院群内科研修プログラムE	内科	15	5
			(特別コース)長崎大学病院群外科研修プログラムF	外科	8	0
			(特別コース)長崎大学病院群小児科研修プログラムG	小児科	3	2
			(特別コース)長崎大学病院群産婦人科研修プログラムH	産婦人科	3	0
			(特別コース)長崎大学病院群麻酔・救急研修プログラムI	救急、麻酔	3	0
熊本大学医学部 附属病院	92	65	(特別コース)熊本大学医学部附属病院群卒業後臨床研修プログラム内科系コース	内科	2	0
			(特別コース)熊本大学医学部附属病院群卒業後臨床研修プログラム外科系コース	外科	5	1
大分大学医学部 附属病院	64	39	(特別コース)大分大学医学部附属病院群小児科重点研修プログラム	小児科	3	0
			(特別コース)大分大学医学部附属病院群産婦人科重点研修プログラム	産婦人科	2	1
琉球大学医学部 附属病院	36	27	(特別コース)内科系琉球大学医学部附属病院初期臨床研修プログラム(RyuMICプログラム(琉大病院))	内科	2	2
			(特別コース)外科系琉球大学医学部附属病院初期臨床研修プログラム(RyuMICプログラム(琉大病院))	外科	2	0
			(特別コース)小児科系琉球大学医学部附属病院初期臨床研修プログラム(RyuMICプログラム(琉大病院))	小児科	2	1
40大学	2,343名	1,540名	124プログラム		398名	212名

8. 医師臨床研修費補助金について

必修化された臨床研修において、研修医が適切な指導体制の下で研修を実施するための経費として、研修病院の開設者に直接補助している。

○ 平成21年度予算案161億円（20年度161億円）
（公・私立の大学病院、臨床研修病院を対象）

○ 内 容

教育指導経費 161億円（20年度161億円）

- ・ 指導医の確保
- ・ プログラム責任者（副院長クラス）の配置
- ・ 研修管理委員会の設置
- ・ 研修医物件費
- ・ 医療確保ビジョン関係経費 等
 - ①外部指導経費
 - ②産婦人科・小児科宿日直研修
 - ③医師不足地域等研修支援
- ・ その他
 - ①へき地診療所等支援
 - ②医師不足地域宿日直研修
 - ③指導医養成講習会（医師不足地域）
 - ④医師不足地域等の研修医確保

（参考）

	平成16年度 予算額	平成17年度 予算額	平成18年度 予算額	平成19年度 予算額	平成20年度 予算額	平成21年度 予算案
合 計	171億円	182億円	170億円	162億円	161億円	161億円
教育指導経費	90億円	135億円	142億円	156億円	161億円	161億円
導入円滑化特別加算	60億円	47億円	28億円	6億円	—	—
旧制度分	21億円	—	—	—	—	—

【補助先】 公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院

【補助率】 定額

19. 医療従事者数等

資 格 名	従 事 者 数	1 学 年 定 員
医 師	277,927	7,793
歯 科 医 師	97,198	2,657
保 健 師	47,088	13,643
助 産 師	27,352	8,740
看 護 師	848,185	55,114
准 看 護 師	410,420	13,263
歯 科 衛 生 士	86,939	8,622
歯 科 技 工 士	35,147	2,453
診 療 放 射 線 技 師	63,682	2,319
理 学 療 法 士	58,672	12,985
作 業 療 法 士	38,097	7,606
臨 床 検 査 技 師	163,627	1,814
衛 生 検 査 技 師	134,821	—
視 能 訓 練 士	7,487	1,113
臨 床 工 学 技 士	23,037	2,335
義 肢 装 具 士	3,301	283
救 急 救 命 士	33,509	2,605
言 語 聴 覚 士	12,543	2,546
あん摩マッサージ指圧師	101,039	2,879
は り 師	81,361	7,545
き ゅ う 師	79,932	7,545
柔 道 整 復 師	38,693	8,567

(注) 1. 従事者数

- (1) 医師、歯科医師は平成18年末の届出数（「医師・歯科医師・薬剤師調査」）
- (2) 保健師、助産師、看護師及び准看護師は平成18年末現在の従事者数（「医療施設（静態・動態）調査・病院報告」及び「衛生行政業務報告」による推計）
- (3) 歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師は平成18年末の従事者数（「衛生行政業務報告」）
- (4) その他は平成19年末の免許取得者数である。

2. 1学年定員

- (1) 医師、歯科医師は平成20年の募集人員である。
- (2) 保健師、助産師、看護師、准看護師は平成19年の1学年定員である。
- (3) その他は平成20年の1学年定員である。

20. 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（通知）

医政発第 12288001 号

平成19年12月28日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

近年、医師の業務については、病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれているが、その要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状があるとの指摘がなされているところである。また、看護師等の医療関係職については、その専門性を発揮できていないとの指摘もなされている。

良質な医療を継続的に提供していくためには、各医療機関に勤務する医師、看護師等の医療関係職、事務職員等が互いに過重な負担がかからないよう、医師法（昭和23年法律第201号）等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていくことが重要である。

このため、今般、医師等でなくても対応可能な業務等について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、今後も、各医療機関からの要望や実態を踏まえ、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での役割分担の具体例について、適宜検討を行う予定であることを申し添える。

記

1. 基本的考え方

各医療機関においては、良質な医療を継続的に提供するという基本的考え方の下、医師、看護師等の医療関係職の医療の専門職種が専門性を必要とする業務に専念すること

により、効率的な業務運営がなされるよう、適切な人員配置の在り方や、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での適切な役割分担がなされるべきである。

以下では、関係職種間の役割分担の一例を示しているが、実際に各医療機関において適切な役割分担の検討を進めるに当たっては、まずは当該医療機関における実情（医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間における責任の所在を明確化した上で、安全・安心な医療を提供するために必要な医師の事前の指示、直接指示のあり方を含め具体的な連携・協力方法を決定し、関係職種間での役割分担を進めることにより、良質な医療の提供はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

2. 役割分担の具体例

(1) 医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担

1) 書類作成等

書類作成等に係る事務については、例えば、診断書や診療録のように医師の診察等を経た上で作成される書類は、基本的に医師が記載することが想定されている。しかしながら、①から③に示すとおり、一定の条件の下で、医師に代わって事務職員が記載等を代行することも可能である。

ただし、医師や看護師等の医療関係職については、法律において、守秘義務が規定されていることを踏まえ、書類作成における記載等を代行する事務職員については、雇用契約において同趣旨の規定を設けるなど個人情報の取り扱いについては十分留意するとともに、医療の質の低下を招かないためにも、関係する業務について一定の知識を有した者が行うことが望ましい。

他方、各医療機関内で行われる各種会議等の用に供するための資料の作成など、必ずしも医師や看護師等の医療関係職の判断を必要としない書類作成等に係る事務についても、医師や看護師等の医療関係職が行っていることが医療現場における効率的な運用を妨げているという指摘がなされている。これらの事務について、事務職員の積極的な活用を図り、医師や看護師等の医療関係職を本来の業務に集中させることで医師や看護師等の医療関係職の負担の軽減が可能となる。

① 診断書、診療録及び処方せんの作成

診断書、診療録及び処方せんは、診察した医師が作成する書類であり、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実にできるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

② 主治医意見書の作成

介護保険法（平成9年法律第123号）第27条第3項及び第32条第3項に基づき、市町村等は要介護認定及び要支援認定の申請があった場合には、申請者に係る主治の医師に対して主治医意見書の作成を求めることとしている。

医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実にできるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

③ 診察や検査の予約

近年、診察や検査の予約等の管理に、いわゆるオーダーリングシステムの導入を進めている医療機関が多く見られるが、その入力に係る作業は、医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダーリングシステムへの入力を代行することも可能である。

2) ベッドメイキング

保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第5条に規定する療養上の世話の範疇に属さない退院後の患者の空きのベッド及び離床可能な患者のベッドに係るベッドメイキングについては、「ベッドメイキングの業務委託について（回答）」（平成12年11月7日付け医政看発第37号・医政経発第77号。以下「業務委託通知」という。）において示しているとおり、看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）以外が行うことができるものであり、業者等に業務委託することも可能である。

ただし、入院患者の状態は常に変化しているため、業務委託でベッドメイキングを行う場合は、業務委託通知において示しているとおり、病院の管理体制の中で、看護師等が関与して委託するベッドの選定を行うなど、病棟管理上遺漏のないよう十分留意されたい。

3) 院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送

滅菌器材、衛生材料、書類、検体の運搬・補充については、専門性を要する業務に携わるべき医師や看護師等の医療関係職が調達に動くことは、医療の質や量の低下を招き、特に夜間については、病棟等の管理が手薄になるため、その運搬・補充については、看護補助者等の活用や院内の物品運搬のシステムを整備することで、看護師等の医療関係職の業務負担の軽減に資することが可能となる。その際には、院内で手順書等を作成し、業務が円滑に行えるよう徹底する等留意が必要である。

また、患者の検査室等への移送についても同様、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合も指摘されているが、患者の状態を踏まえ総合的に判断した上で事務職員や看護補助者を活用することは可能である。

4) その他

診療報酬請求書の作成、書類や伝票類の整理、医療上の判断が必要でない電話対応、各種検査の予約等に係る事務や検査結果の伝票、画像診断フィルム等の整理、検査室等への患者の案内、入院時の案内（オリエンテーション）、入院患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等についても、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合があるという指摘がなされている。事務職員や看護補助者の積極的な活用を図り、専門性の高い業務に医師や看護師等の医療関係職を集中させることが、医師や看護師等の医療関係職の負担を軽減する観点からも望ましいと考えられる。

また、個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）の遵守等、事務職員の適切な個人情報の取り扱いについて十分留意されたい。

(2) 医師と助産師との役割分担

保健師助産師看護師法において、助産師は助産及びじょく婦及び新生児の保健指導を担っているものである。医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用することで、産科医療機関における医師の業務負担を軽減させることが可能となる。こうした産科医療機関における医師の業務負担の軽減は、医師が医師でなければ対応できない事案により専念できることにより、医師の専門性がより発揮されることを可能とするとともに、地域のより高次の救急医療を担う医療機関における産科医師の負担の軽減にも資することとなる。

特に医療機関においては、安全・安心な分娩の確保と効率的な病院内運用を図るため、妊産婦健診や相談及び院内における正常分娩の取扱い等について、病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入も含め、個々の医療機関の事情に応じ、助産師がその専門性を発揮しやすい環境を整えることは、こうした業務分担の導入に際し有効なものである。

医師と助産師の間で連携する際には、十分な情報の共有と相互理解を構築するとともに、業務に際しては母子の安全の確保に細心の注意を払う必要があることは当然の前提である。

(3) 医師と看護師等の医療関係職との役割分担

医師と看護師等の医療関係職との間の役割分担についても、以下のような役割分担を進めることで、医師が医師でなければ対応できない業務により集中することが可能となる。また、医師の事前指示やクリティカルパスの活用は、医師の負担を軽減することが可能となる。

その際には、医療安全の確保の観点から、個々の医療機関等毎の状況に応じ、個別の看護師等の医療関係職の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことはもとより、適宜医療機関内外での研修等の機会を通じ、看護師等が能力の研鑽に励むことが望ましい。

1) 薬剤の投与量の調節

患者に起こりうる病態の変化に応じた医師の事前の指示に基づき、患者の病態の変化に応じた適切な看護を行うことが可能な場合がある。例えば、在宅等で看護にあたる看護職員が行う、処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理について、患者の病態を観察した上で、事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調整することは、医師の指示の下で行う看護に含まれるものである。

2) 静脈注射

医師又は歯科医師の指示の下に行う看護職員が行う静脈注射及び、留置針によるルート確保については、診療の補助の範疇に属するものとして取り扱うことが可能であることを踏まえ、看護職員の積極的な活用を図り、医師を専門性の高い業務に集中させ、患者中心の効率的な運用に努められたい。

なお、薬剤の血管注入による身体への影響は大きいことから、「看護師等による静脈注射の実施について」(平成14年9月30日医政発第0930002号)において示しているとおり、医師又は歯科医師の指示に基づいて、看護職員が静脈注射を安全にできるよう、各医療機関においては、看護職員を対象とした研修を実施するとともに、静脈注射の実施等に関して、施設内基準や看護手順の作成・見直しを行い、また、個々の看護職員の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことが重要である。

3) 救急医療等における診療の優先順位の決定

夜間・休日救急において、医師の過重労働が指摘されている現状を鑑み、より効率的運用が行われ、患者への迅速な対応を確保するため、休日や夜間に診療を求めて救急に来院した場合、事前に、院内において具体的な対応方針を整備していれば、専門的な知識および技術をもつ看護職員が、診療の優先順位の判断を行うことで、より適切な医療の提供や、医師の負担を軽減した効率的な診療を行うことが可能となる。

4) 入院中の療養生活に関する対応

入院中の患者について、例えば病棟内歩行可能等の活動に関する安静度、食事の変更、入浴や清拭といった清潔保持方法等の療養生活全般について、現在行われている治療との関係に配慮し、看護職員が医師の治療方針や患者の状態を踏まえて積極的に対応することで、効率的な病棟運営や患者サービスの質の向上、医師の負担の軽減に資することが可能となる。

5) 患者・家族への説明

医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行うことで、医師、看護師等の医療関係職と患者、家族等との信頼関係を深めることが可能となるとともに、医師の負担の軽減が可能となる。

また、高血圧性疾患、糖尿病、脳血管疾患、うつ病（気分障害）のような慢性疾患患者においては、看護職員による療養生活の説明が必要な場合が想定される。このような場合に、医師の治療方針に基づき看護職員が療養生活の説明を行うことは可能であり、これにより医師の負担を軽減し、効率的な外来運営が行えるとともに、患者のニーズに合わせた療養生活の援助に寄与できるものとする。

6) 採血、検査についての説明

採血、検査説明については、保健師助産師看護師法及び臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）に基づき、医師等の指示の下に看護職員及び臨床検査技師が行うことができることとされているが、医師や看護職員のみで行っている実態があると指摘されている。

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。

7) 薬剤の管理

病棟等における薬剤の在庫管理、ミキシングあるいは与薬等の準備を含む薬剤管理について、医師や看護職員が行っている場合もあると指摘されているが、ミキシングを行った点滴薬剤等のセッティング等を含め、薬剤師の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

8) 医療機器の管理

生命に影響を与える機器や精密で複雑な操作を伴う機器のメンテナンスを含む医療機器の管理については、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）に基づき、医師の指示の下、臨床工学技士が行うことができるとされているところであるが、医師や看護職員のみで行っている実態も指摘されている。臨床工学技士の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

21. 平成21年医政局所管国家試験実施計画

	官報公告	願書受付期間	筆記試験	実地試験	合格発表	試験地
第103回 医師国家試験	20. 7. 1(火)	20.11.17(月)～20.12. 5(金)	21. 2.14(土) 21. 2.15(日) 21. 2.16(月)	—	21. 3.27(金)	北海道、宮城県、東京都、新潟県 愛知県、石川県、大阪府、広島県 香川県、福岡県、熊本県、沖縄県
第102回 歯科医師国家試験	〃	〃	21. 2. 7(土) 21. 2. 8(日)	—	〃	北海道、宮城県、東京都、新潟県 愛知県、大阪府、広島県、福岡県
第95回 保健師国家試験	20. 8. 1(金)	20.11.28(金)～20.12.19(金)	21. 2.20(金)	—	21. 3.26(木)	北海道、青森県、宮城県、東京都、 愛知県、石川県、大阪府、広島県、 香川県、福岡県、沖縄県
第92回 助産師国家試験	〃	〃	21. 2.19(木)	—	〃	〃
第98回 看護師国家試験	〃	〃	21. 2.22(日)	—	〃	〃
第61回 診療放射線技師試験	20. 9. 1(月)	20.12.22(月)～21.1.13(火)	21. 2.26(木)	—	21. 3.31(火)	北海道、宮城県、東京都、愛知県、 大阪府、広島県、香川県、福岡県 (科目免除者)東京
第55回 臨床検査技師国家試験	〃	〃	21. 2.25(水)	—	〃	北海道、宮城県、東京都、愛知県、 大阪府、広島県、香川県、福岡県、 沖縄県
第44回 理学療法士国家試験	〃	〃	21. 3. 1(日)	21. 3. 2(月)	〃	(筆記)北海道、宮城県、東京都、愛知県、 大阪府、香川県、福岡県、沖縄県 (実地)東京都
第44回 作業療法士国家試験	〃	〃	〃	〃	〃	北海道、宮城県、東京都、愛知県、 大阪府、香川県、福岡県、沖縄県 (実地)東京都
第39回 視能訓練師国家試験	〃	〃	21. 2.26(木)	—	〃	東京都、大阪府

証の保留には十分な注意を払うこと。
また、盗難等により免許証が第三者に渡る可能性がある場合は、すみやかに保健所等関係機関に通報すること。この場合貴職においては、関係機関にされた通報を至急当職あて連絡されたい。

- 2 各医療施設等は、免許取得者を採用するにあたっては、戸籍謄(抄)本等の提示、履歴書の確認等の方法により採用希望者が免許取得者であることを、十分に確認すること。

3. 医師等の資格確認について

(昭和60年10月9日付健政発第676号

各都道府県知事あて厚生省健康政策局長通知)

最近、外国人医師を採用した某地において、その際の免許資格に関する調査が十分に行われなかつたため、左記の無効医師免許証所持者による無資格医業が行われ、保険請求まで行われていた事例が判明したので、今後かかる事例が再発することのないよう左記事項に十分御留意のうえ、貴職におかれても、関係部局、貴管下保健所、病院、診療所等関係機関に対し、周知徹底願いたい。

記

1 無効医師免許について

- (1) 元興亜医学館及び東洋医学院を卒業した別添無効医師免許証名簿の者に医師免許証が交付されているが、これについては、既に昭和30年8月25日発医第80号医務局長通知及び昭和51年1月23日医事第6号医務局医事課長通知をもつて通知してあり、終戦直後の特殊な社会情勢下においてやむを得ず、法定の資格を有しない者であるにもかかわらず、当時の台湾(中華民国)又は朝鮮において資格取得のために使用する目的をもつて、日本国において医業を行うことはできないという条件の下に(但し、その旨は免許証には記されていない)、医籍に登録せずして交付されたものである。

従つて、これらの者は我が国においては医師免許を有してはいないこと。

なお、本件免許証は昭和35年11月1日の最高裁判決により無効であることの判断が既に示されている。

- (2) 貴管内において、上記(1)に該当する者で医業に従事している者があるときは、当該者に対し免許証の呈示を求め、その免許が無効であることを告知する等適宜の措置をとり、その旨当職あて報告されたいこと。

2 医師等免許資格の確認について

無資格医業等の防止については、昭和47年1月19日医発第76号医務局長通知をもつて通知しているところであるが、今後とも次により徹底の上、その一掃を図られたい。

- (1) 医師及び歯科医師として、就業する目的で採用する場合には、事前に免許証及び卒業証書の原本の提出を必ず求め、資格を有していることの確認を十分行うよう指導されたいこと。
- (2) 免許証を亡失している場合には、速やかに免許証の再交付申請を行わせるよう指導されたいこと。
- (3) 免許証を保持していない採用者等については、免許証の交付(国家試験合格等による免許申請後、まだ免許証が交付されていない者については、登録済証明書の交付)を確認した後に医業に従事するよう指導されたいこと。
- (4) 免許資格等に疑義のある場合には、当局医事課と十分な連絡をとること。

3 その他(略)

23. 女性医師支援センターと復職研修・相談事業との連携について

○女性医師支援センター事業

平成21年度予定額	平成20年度予算額
167,719千円	(164,189千円)

1. 目的

女性医師バンクは、平成19年1月30日に開設し全国2か所に事務所を設置して、再就業を希望する女性医師の就職相談及び就業斡旋等の再就業支援を行っているところである。

平成20年11月末現在において、116件の就業を成立させ、成果を挙げたところであるが、依然、女性医師不足が続いている状況下において、今後、益々の活動が求められているところである。よって、この女性医師バンクがより多くの求人者及び求職者に対して事業を周知し、医療機関からの幅広い求人情報を集める等、事業拡大を継続的に行っていく必要がある。

また、医師の採用を希望する医療機関に対して行う女性医師が働きやすい勤務環境の整備等に関する講習会、若手女性医師・女子医学生を対象として行う女性医師がキャリアを中断せずに働き続けることができる体制づくり等に関する講習会及び女性医師の子育てを支援する保育相談員の養成講習会を実施する。

2. 事業内容

- ① 女性医師バンク事業経費 126,919千円(123,562千円)
女性医師に関するデータベースを構築し、他方、女性医師の採用を希望する医療機関の情報収集を行い、就業希望条件が適合する女性医師に対して当該医療機関を紹介し、採用に至るまでの間の支援等を行う。
- ② 再就業講習会等経費 40,800千円(40,627千円)
出産等により医療機関を退職した後、再び医療の現場への就業を希望する女性医師に対して、最近における医療についての知識及び技術を習得させ、職場復帰を容易にするための講習及び医師の採用を希望する医療機関に対する環境整備等に関する講習及び女性医師の子育てを支援する保育相談員の養成講習会等を実施する。

3. 実施主体 社団法人日本医師会

4. 創設年度 平成18年度

女性医師支援センター事業



インターネットを通じた情報提供、
専門スタッフによるコンサルティング等
再就業事業



女性医師バンク

女性医師がライフステージに
応じて働くことのできる柔軟な
勤務形態の促進を図るため、
パートタイム勤務等の職業斡旋
事業を実施



求職者
(ドクター)

インターネット等を介してバンク
を知った女性医師からの登録



求人者
(医療機関)

インターネット等を介して
医療機関からの登録

退職医師の再就業支援

就業を希望する女性医師に対する講習及び医師の
採用を希望する医療機関に対する環境整備等に関
する講習会等を実施

○女性医師等復職研修・相談事業

平成21年度予定額 平成20年度予算額
409,845千円 (390,604千円)

1. 目的

臨床医に占める女性医師の割合は約15%であるが、国家試験合格者では女性の占める割合は3分の1となっており、今後女性医師数は急増していくと予想される。

一方、女性医師等の離職及び再就業が困難な状況の大きな要因として、就学前の乳幼児の子育てが挙げられる。

出産・育児及び離職後の再就業に不安を抱える女性医師等に対し、各都道府県において受付・相談窓口を設置して、復職のための研修受入医療機関の紹介や出産・育児等と勤務との両立を支援するための助言等を行い、女性医師等の離職防止や再就業の促進を図る。

2. 事業内容

女性医師等の出産・育児等と勤務との両立支援等に係る受付・相談窓口業務及び医療機関における復職研修業務
プログラムの作成・研修実施に必要な経費

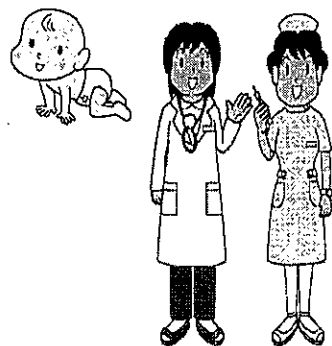
3. 補助件数 ①事務局経費 24か所 (各都道府県×1/2)
②病院経費 72か所 (県内3か所×(各都道府県×1/2))
4. 補助先 都道府県 (間接補助先:市町村、厚生労働大臣の認める者)
5. 補助率 1/2 (国1/2、都道府県1/2)
6. 積算単価 ①事務局経費 9,860千円/1か所
②病院経費 8,097千円/1か所
7. 創設年度 平成20年度

女性医師等復職研修・相談事業

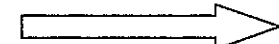
(事業概要)

女性の医師、看護師などの離職及び再就業が困難な状況の大きな要因として、就学前の乳幼児の子育てが挙げられる。子育て中の女性医師などに対し、各都道府県において受付・相談窓口を設置して女性医師の離職防止・再就業の促進を図る。

ママさんドクター、ナースなど



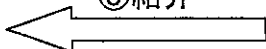
①相談
(24Hメール・電話等)



都道府県

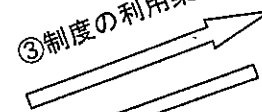


③紹介

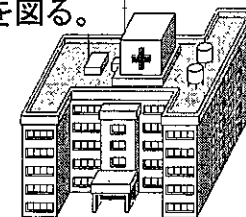


なんでも
相談
ください

③制度の利用案内・助言

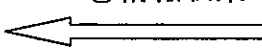


②情報収集



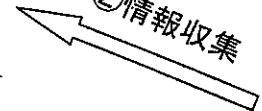
短時間勤務が可能な病院

②情報収集



保育サポーター

②情報収集

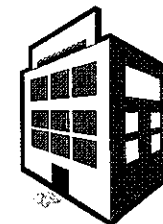


保育所

②情報収集



③研修受入調整



再就業講習会、復職研修実施病院

悩み

- ・育児(保育サポーター、保育所(24時間、病児対応)など)
- ・勤務時間(短時間勤務なら働けるのに)
- ・復職への不安(講習会、実施研修などがあれば)
- ・キャリアアップ(学会等にも参加したい)

(補助先) 都道府県

(補助率) 1/2 (負担割合: 国1/2、都道府県1/2)

女性医師支援センター事業
(H21年度)

再就業講習会事業

就業を希望する女性医師に対する講習及び医師の採用を希望する医療機関に対する環境整備等に関する講習会等を実施

保育相談員養成講習会（新規）

- ・出産育児等と勤務との両立支援策
- ・保育所情報の把握・紹介 他

女性医師バンク事業

女性医師がライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、パートタイム勤務等の職業斡旋事業を実施



女性医師等復職研修・相談事業
(H21年度)

相互連携による復帰研修の円滑な実施

相談事業（新規）

復職研修事業（既存）

事務局
【受付・相談窓口】
24Hメール・電話等

③ 様々な保育等サービスの情報把握



保育にあたる場所等
(例:院内保育所、サポーター等)

② 相談等の解決方策の教授、実例等紹介

④ 保育サービス提供
⑤ 保育料支払

① 各種相談
(保育所・出産・育児・就労環境・生涯教育等)

イ、短時間 交替勤務、
医師事務作業補助者、
休暇制度等の導入に
関する助言・指導
ア、女性医師確保に關する
体制・環境整備等相談



勤務先医療機関

ウ、制度等の利用案内

エ、制度等の利用

女性医師・看護師等

事務局
【受付・相談窓口】

② 研修申込み

① 復帰研修申込

(④ 研修受入医療機関となることも可)

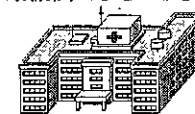
④ 復帰研修受講
③ 復帰研修受入決定連絡



研修受入医療機関



女性医師



再就業医療機関

② 復帰研修申込み
④ 復帰研修受講

24. 歯科医師臨床研修について

(1) 歯科医師臨床研修マッチングプログラムについて

- ① 歯科医師臨床研修マッチングプログラム(歯科マッチング)の概要
 - 研修希望者と研修プログラムとの組み合わせの決定(コンピュータマッチング)
 - コンピュータマッチング前後の参加者支援事業
- ② 歯科マッチングの実施体制
 - 実施主体は歯科医師臨床研修マッチング協議会(日本歯科医師会・歯科医療研修振興財団・日本私立歯科大学協会・国立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議)
 - ホームページを通じて希望順位表の登録等を行う。(URL:<http://www.drmp.jp>)
- ③ 歯科マッチングへの参加の状況
 - 参加者数:3,960名
 - 参加施設数:213(募集定員:3,612名、研修プログラム数:285)
- ④ 歯科マッチングの結果の概要
 - 参加者のうち希望順位を登録した参加者3,857名のうち3,612名について組み合わせが決まった。(マッチ率:87.3%)
 - 組み合わせの決まらなかった参加者(アンマッチ者)488名については、歯科医師臨床研修プログラム検索サイト(URL:<http://www.d-reisjp.org>)の空席情報等を利用して個別に研修先と交渉

表1 歯科マッチングの結果

	平成20年度					平成19年度				
	(注1) 歯科大学病院		(注2) その他の施設		合計	(注1) 歯科大学病院		(注2) その他の施設		合計
参加施設数	33	15.5%	180	84.5%	213	33	16.2%	171	83.8%	204
研修プログラム数	86	30.2%	199	69.8%	285	83	30.5%	189	69.5%	272
募集定員	3,118	86.3%	494	13.7%	3,612	3,193	86.8%	485	13.2%	3,678
マッチ者数	2,954	87.7%	415	12.3%	3,369	2,947	87.9%	407	12.1%	3,354
空席数	164	67.5%	79	32.5%	324	246	75.9%	78	24.1%	324
第1位希望者数	3,179	82.4%	678	17.6%	3,857	2,995	82.2%	649	17.8%	3,644

(注1) 単独型又は管理型相当の歯科大学・歯学部附属病院が管理している研修プログラムについて集計したもの。

(注2) 歯科大学病院以外の単独型又は管理型の施設が管理している研修プログラムについて集計したもの。

表2 都道府県別にみた歯科マッチングの結果

都道府県名	平成19年度				平成19年度			
	プログラム数	募集定員	マッチ者数	マッチ率	プログラム数	募集定員	マッチ者数	マッチ率
北海道	18	209	192	92%	18	206	167	81%
青森県	3	7	7	100%	3	7	7	100%
岩手県	1	90	90	100%	1	90	83	92%
宮城県	3	62	62	100%	2	64	64	100%
秋田県	1	5	5	100%	1	5	2	40%
山形県	2	5	5	100%	2	10	6	60%
福島県	8	107	97	91%	8	107	101	94%
茨城県	1	2	2	100%	1	2	2	100%
栃木県	3	8	7	88%	3	8	8	100%
群馬県	2	10	10	100%	2	9	9	100%
埼玉県	9	160	158	99%	8	160	157	98%
千葉県	15	312	294	94%	13	330	317	96%
東京都	38	547	540	99%	35	562	527	94%
神奈川県	15	318	318	100%	15	338	314	93%
新潟県	4	165	124	75%	4	165	140	85%
富山県	2	5	5	100%	2	5	4	80%
石川県	3	13	12	92%	3	12	10	83%
福井県	3	6	3	50%	3	6	2	33%
山梨県	2	6	3	50%	2	4	4	100%
長野県	5	175	137	78%	5	175	130	74%
岐阜県	7	157	153	97%	6	160	149	93%
静岡県	3	9	9	100%	4	8	5	63%
愛知県	27	185	177	96%	25	179	172	96%
三重県	2	11	7	64%	2	11	11	100%
滋賀県	4	9	9	100%	4	9	9	100%
京都府	8	23	19	83%	7	23	23	100%
大阪府	12	243	243	100%	13	254	252	99%
兵庫県	12	27	26	96%	14	38	25	66%
奈良県	1	8	5	63%	1	8	8	100%
和歌山県	3	5	5	100%	3	8	3	38%
鳥取県	2	5	4	80%	2	6	6	100%
島根県	2	10	8	80%	2	8	8	100%
岡山県	8	67	66	99%	7	66	65	98%
広島県	11	79	76	96%	7	75	66	88%
山口県	1	6	6	100%	1	6	6	100%
徳島県	3	58	58	100%	3	58	52	90%
香川県	3	6	3	50%	3	7	6	86%
愛媛県	2	10	5	50%	2	10	6	60%
高知県	5	10	5	50%	4	9	7	78%
福岡県	14	318	303	95%	14	313	284	91%
佐賀県	1	5	4	80%	1	5	5	100%
長崎県	2	57	38	67%	2	60	54	90%
熊本県	5	14	11	79%	5	14	12	86%
大分県	3	5	5	100%	3	5	5	100%
宮崎県	1	8	7	88%	1	8	8	100%
鹿児島県	4	57	38	67%	4	57	45	79%
沖縄県	1	8	8	100%	1	8	8	100%
計	285	3,612	3,369	93%	272	3,678	3,354	91%

(2) 歯科医師臨床研修関係経費について

平成20年度予算額 → 平成21年度予算案額

○ 歯科医師臨床研修費 2,859百万円 → 3,123百万円

歯科医師臨床研修は、良質かつ適正な医療の提供に向けた改革の基礎として歯科医師の資質向上に不可欠なものであり、新制度の円滑な実施を図るため、研修を実施する施設に必要な経費を補助する。

具体的には

- ① 指導歯科医等の確保経費
- ② 研修プログラムの企画立案・管理経費
- ③ 研修歯科医受け入れのための環境整備

などについて必要な経費を臨床研修施設に補助するものである。

・歯科医師臨床研修支援(新規) 268百万円

臨床研修を効果的かつ効率的に実施するため、既卒者に対する技術修練や進路相談等の支援を行う。

○ プログラム責任者講習会費 4百万円 → 4百万円

新歯科医師臨床研修制度においては、臨床研修施設に「プログラム責任者を適切に配置していること。」と歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令に規定されている。

プログラム責任者は、研修プログラムを企画立案・管理し、研修期間全般にわたって、研修プログラムが適切に遂行されるよう指導歯科医に指導・助言し、研修歯科医の研修の進捗及び評価に対して責任を持つ歯科医師である。

現在、プログラム責任者として十分な資質のある歯科医師は少ないことから、歯科医師臨床研修を充実し、その必要数を確保するために、プログラム責任者講習会開催に必要な経費を補助するものである。

○ 歯科医師臨床研修指導医一般講習会費 3百万円 → 3百万円

新歯科医師臨床研修制度においては指導歯科医になるために歯科医師臨床研修指導医講習会の受講が必須となる。また、歯科医師臨床研修を効果的かつ効率的に行うためには、指導歯科医の資質に担うところが大きく、その指導能力の向上を図ることが重要であるから、指導歯科医に対する教育指導、教育技法及び教育評価等に関する講習会の実施にかかる経費を補助するものである。

25. 「看護の質の向上と確保に関する検討会」

開催要綱

1. 趣旨

今後の医療の高度化や医療提供の場の多様化といった変化に対応するために、チーム医療を担う一員として看護職員の質の向上と確保が重要であり、将来を見据えた改革が必要である。このため、本年 11 月 27 日から会議を開催し、現下の具体的課題を把握するとともに、基本的な方向性について検討を進めていく。

2. 検討課題

- ・ 看護職員の確保
- ・ 新人看護職員の質の向上
- ・ チーム医療の推進
- ・ 看護教育のあり方

3. 委員

別紙

4. 運営

厚生労働大臣の検討会とする。
本会議の庶務は、厚生労働省医政局で行う。
議事は公開とする。

「看護の質の向上と確保に関する検討会」名簿

秋山 正子	ケアーズ白十字訪問看護ステーション代表取締役・所長
阿真 京子	「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達」の会代表
石垣 靖子	北海道医療大学看護福祉学部教授
井部 俊子	聖路加看護大学学長
海辺 陽子	癌と共に生きる会副会長
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
太田 秀樹	おやま城北クリニック院長
草間 朋子	大分県立看護科学大学学長
酒井 ゆきえ	フリーアナウンサー
坂本 すが	東京医療保健大学医療保健学部看護学科学科長
田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
中山 洋子	福島県立医科大学看護学部学部長
西澤 寛俊	特別医療法人恵和会理事長
羽生田 俊	羽生田眼科医院院長
福井 次矢	聖路加国際病院院長
森 恵美	千葉大学看護学部学部長
吉田 松雄	学校法人吉田学園理事長

敬称略（五十音順）

26. 経済連携協定（EPA）に基づく看護師等の受入について

各国との経済連携協定（EPA）交渉経緯と今後の対応等（人の移動関係）

（平成20年12月15日現在）

国名	状況等
フィリピン	<p><経緯></p> <ul style="list-style-type: none"> ・02年 5月 : 日比首脳会談にて経済連携協定締結に向けた作業部会の設置を承認。 ・03年12月 : 日比首脳会談にてEPA交渉開始を決定。 ・04年 2月 : 政府間交渉開始。 以降5回の正式交渉実施。 ・04年11月29日 : 日比首脳間で大筋合意。 (看護師・介護福祉士候補者の受入れを含む) ・06年 9月 9日 : 両国首脳が署名。 ・06年12月 6日 : 日本の国会で経済連携協定を承認。 ・08年10月 8日 : 比国の上院において承認。 ・08年12月11日 : 経済連携協定発効。 <p><今後の対応></p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後、フィリピン人看護師・介護福祉士候補者の受入れ作業を進めることとしている。
インドネシア	<p><経緯></p> <ul style="list-style-type: none"> ・05年 7月 : 政府間交渉開始。 以降6回の正式交渉を実施。 ・06年11月28日 : 日尼首脳間で大筋合意。 (看護師・介護福祉士候補者の受入れを含む) ・07年 8月20日 : 両国首脳が署名。 ・08年 5月16日 : 日本の国会で経済連携協定を承認。 (尼側の国会承認は必要ない) ・08年 7月 1日 : 経済連携協定発効。 ・08年 8月 7日 : 看護師候補者入国（104名）。
タイ	<p><経緯></p> <ul style="list-style-type: none"> ・04年12月 : 政府間交渉開始。 以降4回の正式交渉を実施。 ・05年 9月 1日 : 日タイ首脳間で大筋合意。 ・07年 4月 3日 : 両国首脳が署名。 ・07年 6月13日 : 日本の国会で経済連携協定を承認。 (タイ側は国会承認の必要なし。) ・07年11月 1日 : 経済連携協定発効。 (※看護師は含まない。) <p><今後の対応></p> <ul style="list-style-type: none"> ・タイ国の介護福祉士、スパ・セラピストの受入れの可能性について交渉開始。

ベトナム	<p><経緯></p> <ul style="list-style-type: none">・07年 1月 : 政府間交渉開始。 以降9回の正式交渉を実施。・08年 9月26日 : 日越首脳間で大筋合意。・08年12月25日 : 両国首脳が署名予定。 <p><今後の対応></p> <ul style="list-style-type: none">・ベトナム人看護師・介護福祉士の受入れの可能性について、協定発効後、継続して協議。
------	--

27. 看護職員就業場所別就業者数の推移

(単位:人)

区分	総数	保健所	市町村	病院	診療所	助産所	介護老人 保健施設	訪問看護 ステーション	社会福祉 施設	介護老人 福祉施設	居宅サービス等	事業所	看護師等学校養 成所・研究機関	その他
14年	1,233,496	9,260	29,681	792,124	269,326	1,803	29,511	23,771	13,593	19,007	19,420	6,007	12,906	7,087
15年	1,268,450	9,156	31,221	803,393	279,298	1,707	32,372	26,872	15,216	21,333	20,917	6,341	13,305	7,319
16年	1,292,593	8,894	30,724	811,538	287,238	1,739	33,991	26,434	14,060	22,892	27,089	7,626	13,381	6,987
17年	1,308,409	8,888	32,762	818,580	283,623	1,694	35,494	27,266	14,131	23,427	32,228	8,738	14,056	7,522
18年	1,333,045	8,534	32,702	831,921	290,929	1,646	35,963	27,307	15,641	25,505	33,923	7,613	13,637	7,724

(注) 1. 「病院」については、「病院報告」により計上した。

2. 「診療所」については、「医療施設調査」(平成14、17年)及び推計(平成15、16、18年)により計上した。

3. 「病院」及び「診療所」以外については、「衛生行政報告例(平成14、16、18年)」及び推計(平成15、17年)により計上した。

(医政局看護課調べ)

28. 看護師等学校養成所の施設数及び定員(課程別、年次別)

(単位:人)

		平成17年4月			平成18年4月			平成19年4月			
		学校数	1学年定員	総定員	学校数	1学年定員	総定員	学校数	1学年定員	総定員	
保健師	大 学	127	9,544	9,544	144	11,069	11,069	157	12,223	12,223	
	短 期 大 学 専 攻 科	16	485	485	14	420	420	13	400	400	
	養 成 所	30	1,080	1,080	25	940	940	25	1,020	1,020	
	計	173	11,109	11,109	183	12,429	12,429	195	13,643	13,643	
助産師	大 学 院	2	55	110	3	70	140	5	92	184	
	大 学 専 攻 科	1	15	15	2	25	25	4	60	60	
	大 学	87	6,684	6,684	90	7,169	7,169	96	7,663	7,663	
	短 期 大 学 専 攻 科	22	380	380	19	325	325	12	175	175	
	養 成 所	34	750	750	33	735	735	33	750	750	
	計	146	7,884	7,939	147	8,324	8,394	150	8,740	8,832	
看 護 師	3 年 課 程	大 学	129	9,644	38,576	146	11,169	44,676	158	12,323	49,292
		短 期 大 学	51	2,100	6,300	45	1,850	5,550	37	2,130	6,390
		養 成 所	503	23,385	70,555	510	23,250	70,170	512	23,447	70,951
		計	683	35,129	115,431	701	36,269	120,396	707	37,900	126,633
	2 年 課 程	短 期 大 学	9	590	1,180	5	590	1,180	4	490	980
		高 等 学 校 専 攻 科	60	530	1,060	44	570	1,140	15	490	980
		養 成 所	274	12,777	31,956	260	13,087	32,126	240	12,724	31,122
		計	343	13,897	34,196	309	14,247	34,446	259	13,704	33,082
	高等学校・高校専攻科5年一貫教育		67	3,445	17,225	67	3,515	17,575	68	3,510	17,470
	計		1,093	52,471	166,852	1,077	54,031	172,417	1,034	55,114	177,185
准看護師	高等学校衛生看護科	24	1,045	3,215	23	1,035	3,185	24	1,070	3,290	
	養 成 所	271	13,003	26,006	262	12,552	25,104	256	12,193	24,418	
	計	295	14,048	29,221	285	13,587	28,289	280	13,263	27,708	
合 計		1,707	85,512	215,121	1,692	88,371	221,529	1,659	90,760	227,368	

※国立看護大学校は、大学に計上

※「学校数」には募集中止を含む

※「2年課程」には通信制(短期大学1校(1学年定員350人、総定員700人)、養成所19校(1学年定員4,310人、総定員8,780人))を含む

29. 平成21年度開校・課程変更・定員変更予定の看護師等養成所一覧

(平成20年12月25日現在)

【保健師・看護師統合カリキュラム4年】

保健師養成所および看護師養成所新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
東京都	首都医校 看護保健学科	東京都新宿区西新宿1丁目7番3号	120	学校法人 モード学園

保健師養成所および看護師養成所定員変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
大阪府	大阪医専 看護保健学科	大阪市北区大淀中1-10-3	40→80	学校法人 モード学園

【助産師養成所】

助産師養成所(全日制)新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
千葉県	あひこ助産師専門学校	我孫子市我孫子1854番地12	40	医療法人 緑生会
京都府	京都府医師会看護専門学校	京都市山科区柳辻西浦町1-13	20	社団法人 京都府医師会
大分県	藤華医療技術専門学校	豊後大野市三重町内田4000-1	20	学校法人 後藤学園
宮崎県	都城洋香看護専門学校	北諸県郡三股町大字長田字丸網1258-1	10	社団法人 八日会

助産師養成所(定時制)新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
東京都	中林病院助産師学院	東京都墨田区東向島3丁目29番地1号	20	医療法人社団 中林病院

【看護師養成所】

看護師養成所(3年課程)新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
北海道	北海道医療専門学校 看護学科	札幌市北区北24条西6丁目2番10号	40	学校法人 美寿学園
北海道	駒沢看護保育福祉専門学校 看護第1科	岩見沢市9条西3丁目1番地15	40	学校法人 駒沢岩見沢学園
東京都	首都医校 看護学科I	東京都新宿区西新宿1丁目7番3号	40	学校法人 モード学園
東京都	首都医校 看護学科II	東京都新宿区西新宿1丁目7番3号	200	学校法人 モード学園
長野県	長野看護専門学校	長野市若里7丁目1番5号	40	社団法人 長野市医師会
大阪府	堺看護専門学校	堺市北区新金岡町5丁目10番1号	40	社団法人 堺市医師会
奈良県	関西学研医療福祉学院	奈良市右京1丁目1番5	40	学校法人 青丹学園
熊本県	熊本駅前看護リハビリテーション学院	熊本市善日2丁目760-16	80	学校法人 青照学舎
熊本県	九州中央リハビリテーション学院	熊本市本山3丁目3番84号	40	学校法人 立志学園

看護師養成所(3年課程)定員変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
兵庫県	西神看護専門学校	神戸市西区神出町勝成78-53	40→60	医療法人財団 兵庫錦秀会
大阪府	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター附属看護学校	大阪市中央区法円坂2丁目1番14号	80→120	独立行政法人 国立病院機構

看護師養成所(3年課程)課程変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
栃木県	栃木県県立高等看護専門学校	栃木市大塚町1258-4	40	栃木県
愛知県	尾北看護専門学校	丹羽郡大口町下小口6丁目122番の2	40	社団法人 尾北医師会
佐賀県	医療福祉専門学校緑生館	鳥栖市西新町1428-566	40	社団法人 緑生館
沖縄県	那覇看護専門学校	豊見城市字渡橋名289-23	80	社団法人 那覇市医師会
沖縄県	沖縄県立浦添看護学校	浦添市当山2丁目30番1号	80	沖縄県

看護師養成所(2年課程定時制)新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
東京都	上板橋看護専門学校	東京都板橋区上板橋3丁目11番6号	40	(仮) 学校法人 慈誠会学園

看護師養成所(2年課程定時制)設置者変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
神奈川県	イムス横浜国際看護専門学校	横浜市西区岡野1丁目18番14号	40	医療法人財団 明理会

看護師養成所(2年課程通信制)定員変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
埼玉県	上尾中央看護専門学校	上尾市平塚八ツ山848-1	100→150	医療法人社団 愛友会

問合せ先：厚生労働省医政局看護課
 担当者：島田、猿渡
 直通：03-3595-2206

30. 後発医薬品の使用促進について

後発医薬品安心使用促進事業について（概要）

1. 目的

政府においては、患者負担の軽減や医療保険財政の改善の観点から後発医薬品の使用促進を進めており、「経済財政改革の基本方針 2007」（平成 19 年 6 月 19 日閣議決定）においても、「平成 24 年度までに、後発医薬品の数量シェアを 30 %（現状から倍増）以上にする」方針が示されたところである。

本事業は、後発医薬品にかかる理解を向上させるため、各都道府県における実情に応じ、都道府県事業として、医療機関等の医療関係者を構成員とする「後発医薬品促進のための協議会」を設置し、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう使用促進にかかる環境整備等に関する検討を行い、各都道府県における後発医薬品の安心使用促進計画の策定を目的とする。

2. 実施状況

平成 20 年度 47 都道府県中 29 都道府県が委託事業を実施

3. 20 年度予算額

37,694 千円（約 1.3 百万円／県）

※ なお、21 年度予算については、さらに事業を拡充させるため、106,372 千円で要求している。（47 都道府県分；2.3 百万円／県）

4. 事業内容（例）

- ①ジェネリック医薬品使用促進協議会の設置・運営
 - ・医師、歯科医師、薬剤師、業界、消費者、行政等で構成
 - ・後発医薬品について、現状把握、問題点の洗い出し、調査及び検討を行う
- ②一般国民向け普及啓発用ガイドブックの作成及び講演の実施
- ③ジェネリック医薬品に関するアンケート調査の実施
 - 対象 病院・診療所開設者、調剤薬局及び県民

後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム（概要）

『平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%（現状から倍増）以上』という政府の目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにする。

①安定供給

医療現場の声

発注から納品までに時間がかかることがある
等

-327-

国

○安定供給の指導の徹底

・医療関係者からの苦情の受付、メーカーの指導・指導内容の公表 等

後発品 メーカー

●納品までの時間短縮

・卸への翌日までの配送100%（19年度中） ・卸に在庫がない場合、卸への即日配送 75%（20年度中）

●在庫の確保

・社内在庫・流通在庫1か月以上（19年度中） ・品切れ品目ゼロ（21年度中）

②品質確保

医療現場の声

一部の後発品では、溶出性・血中濃度が先発品と異なるのではないかな
等

国

○後発品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表

・注射剤等を対象に、不純物に関する試験を実施
・後発品の品質に関する研究論文等を収集整理し、また、「後発医薬品相談窓口」に寄せられた品質に関する意見等を検討の上、必要に応じ、試験検査を実施。

○一斉監視指導の拡充・結果の公表

・都道府県及び国の立入検査によるGMPに基づく指導 ・検査指定品目の拡充

後発品 メーカー

●品質試験の実施・結果の公表

・ロット毎に製品試験を実施（19年度中）
・長期保存試験など、承認要件でない試験についても、未着手のものは、年度内に着手（19年度中）

●関連文献の調査等

・関連団体の医薬工業協議会において、後発品の関連文献を調査・評価し、必要な対応を実施（19年度中）

③後発品メーカーによる情報提供

医療現場の声

- ・MRの訪問がない
- ・「先発メーカーに聞いて欲しい」など情報が先発メーカー頼み 等

国

○添付文書の充実を指導

- ・添付文書には、添加物、生物学的同等性試験データ、安定性試験データ、文献請求先等を記載すること
- ・20年3月末までに改訂 → 後発品メーカーは、自主的に、19年12月までに前倒し対応

○後発品メーカーの情報提供体制の強化を指導

- ・研究開発データ、収集した副作用情報、関係文献を整理・評価し、医療関係者へ情報する体制の強化

後発品
メーカー

●医療関係者への情報提供

- ・試験データ、副作用データについて、ホームページへの掲載等、資料請求への迅速な対応（19年度中）

④使用促進に係る環境整備

国

○都道府県レベルの協議会の設置

- ・都道府県レベルにおける使用促進策の策定・普及啓発を図るため、医療関係者、都道府県担当者等から成る協議会を設置

○ポスター・パンフレットによる普及啓発

- ・医療関係者・国民向けポスター・パンフレットの作成・配布（19年度～）

後発品メーカー

●「ジェネリック医薬品Q&A」を医療機関へ配布・新聞広告

⑤医療保険制度上の事項

これまでの取組

○後発医薬品を含む処方診療報酬上評価（14年度～）

○処方せん様式に「後発医薬品への変更可」のチェック欄を追加（18年度～）

○後発品の品質に係る情報等に加え、先発品と後発品の薬剤料の差に係る情報を患者に文書により提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合に調剤報酬上評価（18年度～）

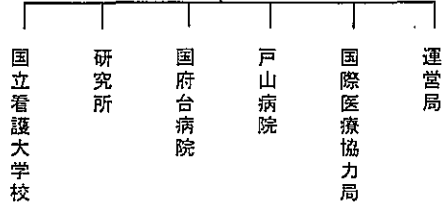
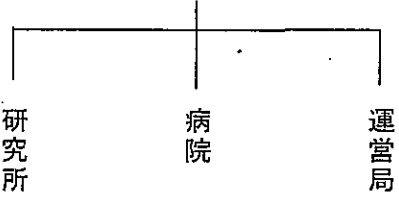
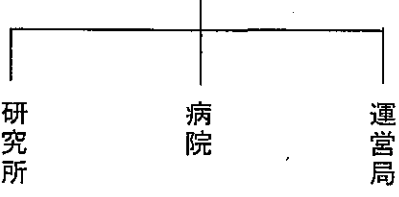
今後の取組

○処方せん様式の変更の検討、薬局に対する在庫管理コストの評価の検討等、効果的な使用促進策を本年度中に中医協等で議論・決定。

国立高度専門医療センターの概要

国立高度専門医療センター（いわゆるナショナルセンター）は、我が国における死亡数、患者数、医療費のいずれをとっても最も大きな割合を占める「がん」、「脳卒中」、「心臓病」など、その制圧が国民的課題となっている疾病について、高度先駆的医療の研究・開発・普及、医療従事者の研修及び情報発信等を総合的・一体的に行うための中核的機関として、運営局、病院、研究所を設置したものである。

センター名	国立がんセンター (National Cancer Center)	国立循環器病センター (National Cardiovascular Center)	国立精神・神経センター (National Center of Neurology and Psychiatry)
創設年月日	昭和37年 1月 1日	昭和52年 6月 1日	昭和61年10月 1日
総長	廣橋 説雄	橋本 信夫	樋口 輝彦
所在地	①中央病院：東京都中央区築地5-1-1 ②東病院：千葉県柏市柏の葉6-5-1	大阪府吹田市藤白台5-7-1	東京都小平市小川東町4-1-1
組織	<p style="text-align: center;">総長</p> <pre> graph TD S[総長] --- R[研究所] S --- G[がん情報対策センター] S --- C[がん予防センター・検診] S --- T[東病院] S --- H[中央病院] S --- U[運営局] </pre>	<p style="text-align: center;">総長</p> <pre> graph TD S[総長] --- R[研究所] S --- H[病院] S --- U[運営局] </pre>	<p style="text-align: center;">総長</p> <pre> graph TD S[総長] --- M[精神保健研究所] S --- N[神経研究所] S --- H[病院] S --- U[運営局] </pre>
定員	1,342名（20年度予算定員）	1,007名（20年度予算定員）	615名（20年度予算定員）
病床数	①中央病院：600床 ②東病院：425床	640床	890床
主な事業内容	我が国のがん対策の中核的機関として、がんその他の悪性新生物についての診断、治療、調査研究及び医療従事者の研修等を行う。	我が国の脳卒中、心臓病等の循環器病対策の中核的機関として、循環器病についての診断、治療、調査研究及び医療従事者の研修等を行う。	我が国の精神・神経疾患対策の中核的機関として、精神、神経、筋疾患及び知的障害その他の発達障害についての診断、治療、調査研究及び医療従事者の研修等を行う。

センター名	国立国際医療センター (International Medical Center of Japan)	国立成育医療センター (National Center for Child Health and Development)	国立長寿医療センター (National Center for Geriatrics and Gerontology)
創設年月日	平成 5 年 10 月 1 日	平成 14 年 3 月 1 日	平成 16 年 3 月 1 日
総長	桐野 高明	加藤 達夫	大島 伸一
所在地	①戸山病院：東京都新宿区戸山1-21-1 ②国府台病院：千葉県市川市国府台1-7-1	東京都世田谷区大蔵2-10-1	愛知県大府市森岡町源吾36-3
組織	<p style="text-align: center;">総長</p> 	<p style="text-align: center;">総長</p> 	<p style="text-align: center;">総長</p> 
定員	1, 522名 (20年度予算定員)	748名 (20年度予算定員)	433名 (20年度予算定員)
病床数	①戸山病院：925床 ②国府台病院：719床	460床	300床
主な事業内容	我が国の医療分野における国際貢献の中核的機関として、感染症等国際的な調査研究が必要な疾病についての診断、治療、調査研究及び医療従事者の研修等を行う。	我が国の成育医療の中核的機関として、小児医療、母性医療、父性医療及び関連・境界領域を包括する成育医療についての診断、治療、調査研究及び医療従事者の研修等を行う。	我が国の長寿医療の中核的機関として、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾患であって、高齢者が自立した日常生活を営むために特に治療を必要とするものに関する診断、治療、調査研究及び技術者の研修等を行う。

国立ハンセン病療養所の概要

1 ハンセン病療養所における医療

国立ハンセン病療養所の入所者の平均年齢は79.5歳（平成20年5月現在）と高齢化に伴い、ハンセン病の後遺症に加え、生活習慣病等の合併症、身体機能や視覚機能の低下等により、日常生活の不自由度の進行や医療の必要性と多様性が増している。

この様な実状を踏まえ、療養所内におけるプライマリーケア、リハビリテーション機能の充実を図るとともに、療養所内で対応できない専門的な医療については、療養所外の医療機関と連携して行う委託治療の充実に努めている。

2 国立ハンセン病療養所の現状

○ 施設数 13か所 開設年月（公立時を含む）

国立療養所	松丘保養園	青森県	青森市	明治42年	4月
国立療養所	東北新生園	宮城県	登米市	昭和14年	10月
国立療養所	栗生楽泉園	群馬県	草津町	昭和7年	11月
国立療養所	多磨全生園	東京都	東村山市	明治42年	9月
国立療養所	駿河療養所	静岡県	御殿場市	昭和19年	12月
国立療養所	長島愛生園	岡山県	瀬戸内市	昭和5年	11月
国立療養所	邑久光明園	岡山県	瀬戸内市	明治42年	4月
※ 台風被害：昭和15年3月現地で再興					
国立療養所	大島青松園	香川県	高松市	明治42年	4月
国立療養所	菊池恵楓園	熊本県	合志市	明治42年	4月
国立療養所	星塚敬愛園	鹿児島県	鹿屋市	昭和10年	10月
国立療養所	奄美和光園	鹿児島県	奄美市	昭和18年	4月
国立療養所	沖縄愛楽園	沖縄県	名護市	昭和13年	2月
国立療養所	宮古南静園	沖縄県	宮古島市	昭和6年	3月

○ 病床数	2,893床	(20年度入院定床)
○ 入所者数	2,717人	(20年5月1日現在)
○ 平均年齢	79.5歳	(20年5月1日現在)
○ 職員定数	3,033人	(20年度末定員)
○ 予算額	385億円	(20年度予算)

独立行政法人国立病院機構の概要について

1. 根拠

独立行政法人国立病院機構法（平成14年12月20日法律第191号）
※平成16年4月1日独立行政法人化

2. 業務

- ①医療の提供、②医療に関する調査及び研究、③医療に関する技術者の研修、
④附帯業務 ※機構は、「政策医療」の実施を目的とする

3. 病院・病床数

(1) 病院数 145（平成20年12月1日現在（機構設立時は154））

(2) 病床数（平成20年4月1日現在）（単位：床）

一般病床	療養病床	結核病床	精神病床	感染症病床	計
49,040	196	3,769	4,774	32	57,811

4. 職員

(1) 身分 国家公務員（特定独立行政法人）

(2) 常勤職員数（平成20年1月1日現在）

医師	看護師	その他	計
5千人	31千人	13千人	49千人

（参考）上記の常勤職員のほか、短時間非常勤職員が常勤換算で5千人

5. 運営

- 厚生労働大臣が中期目標を作成。これを踏まえて法人が作成した中期計画に基づき運営（期間5年間）
- 各事業年度及び中期目標期間の業務実績について評価委員会が評価